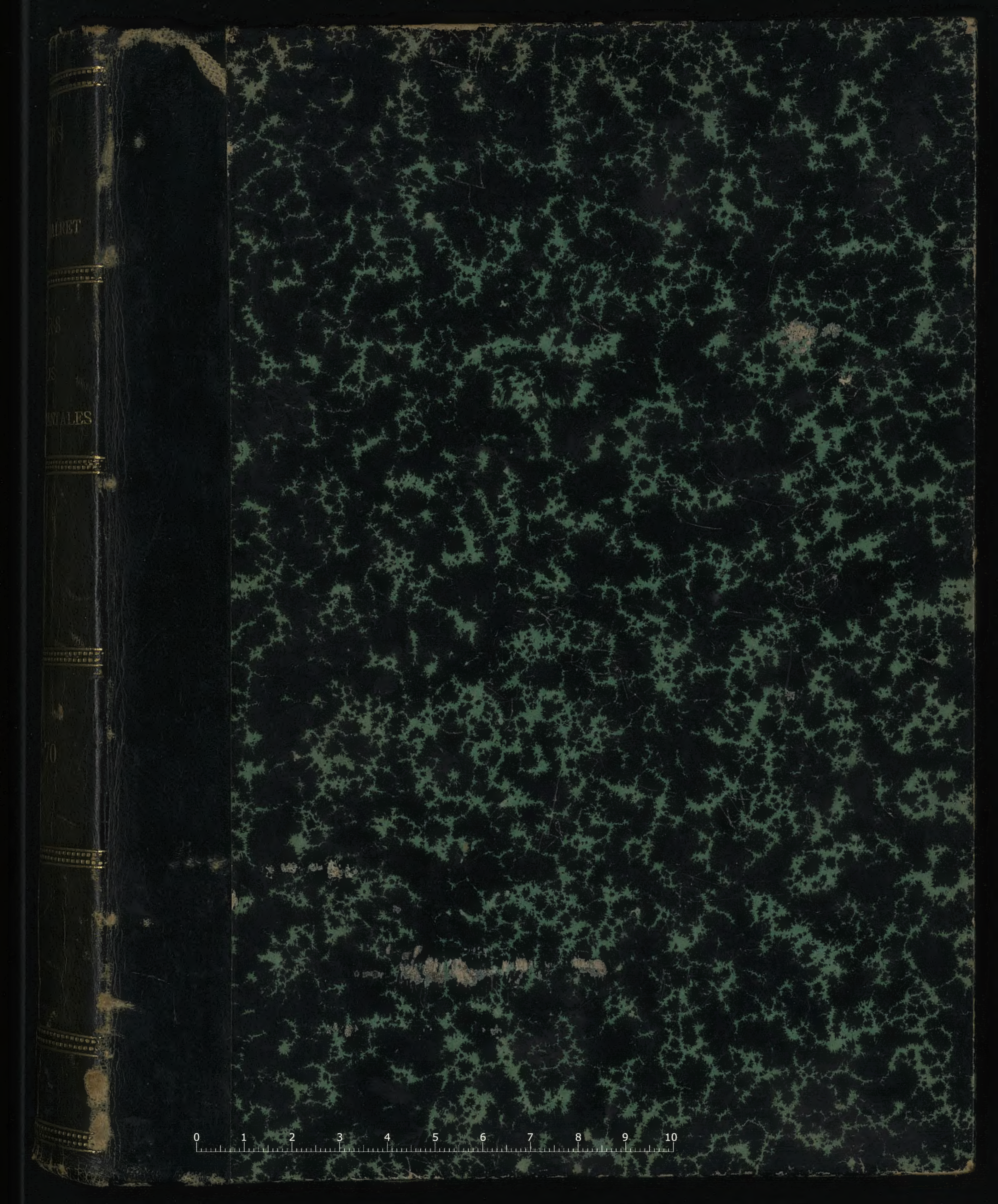
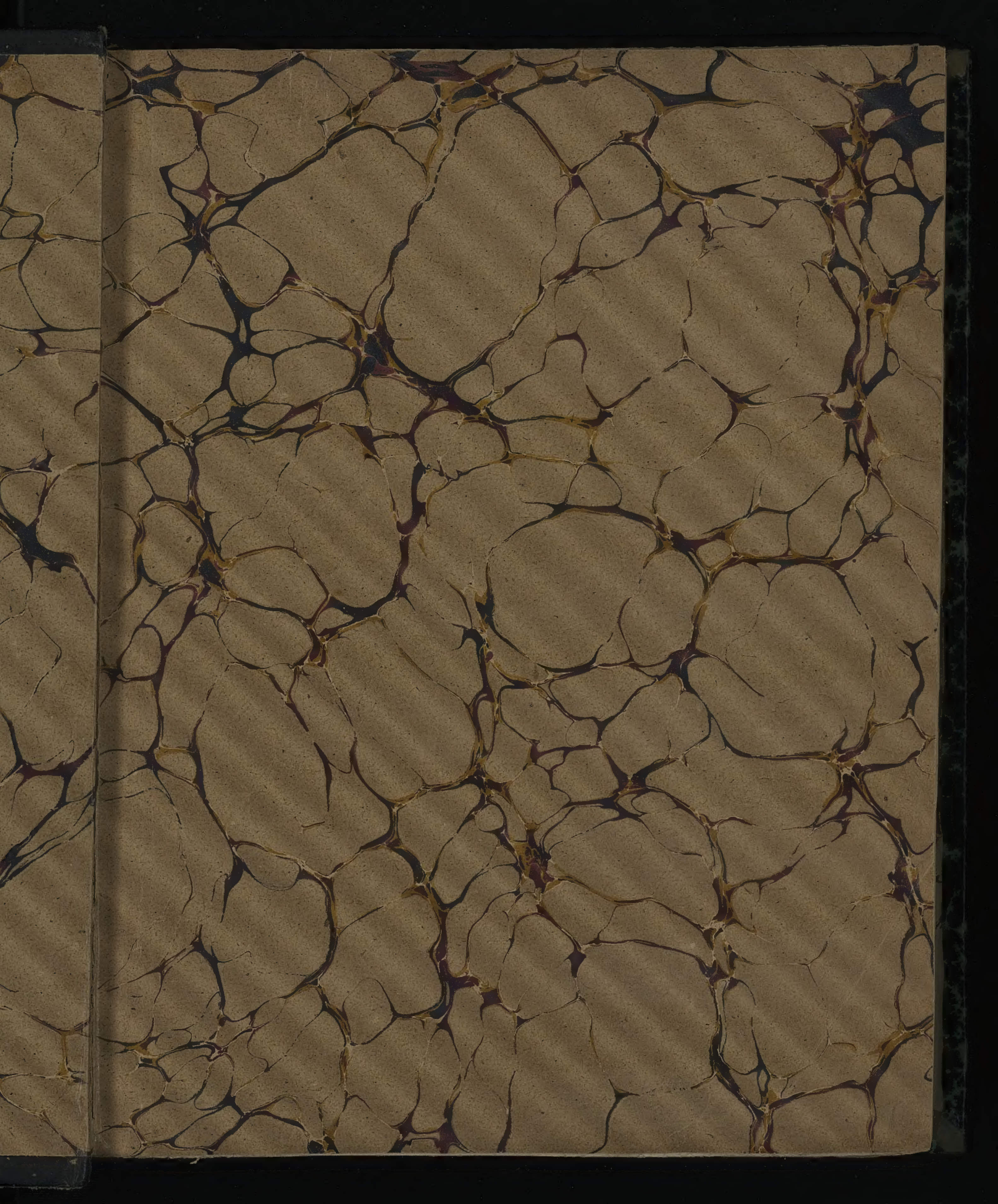






Cours du Docteur Fabret

sur les Maladies mentales

1869 - 1870

1re Leçon

Samedi, 30 Novembre 1869.

Messieurs,

Mon intention est, cette année, comme les années précédentes, de faire un cours élémentaire et pratique sur les maladies mentales. Je regrette vivement que les circonstances ne me permettent pas de faire ce cours dans un hopital, où j'aurais eu l'occasion de vous montrer des malades. En effet, lorsqu'on a l'habitude d'observer dans les hopitaux et d'examiner cliniquement des malades, il est difficile de se contenter d'une exposition purement théorique, surtout pour des matières aussi abstraites. Malheureusement les circonstanc

ne me permettent pas, en ce moment, de faire autre chose, et je suis obligé de me borner à faire de la théorie.

J'éviterai néanmoins, avec le plus grand soin, les considérations abstraites et métaphysiques qui, jusqu'à présent ont trop souvent encombré le domaine de la médecine mentale.

Pour aujourd'hui, Messieurs, je me bornerai à quelques généralités. Dans les leçons suivantes j'aborderai l'étude pratique des aliénés tels qu'ils sont, tels que la nature les présente. Je vais actuellement vous indiquer les principes qui me paraissent devoir diriger cet ~~entretien~~ enseignement.

Mais d'abord, laissez-moi, Messieurs, vous le faire remarquer, cet enseignement est loin d'être étranger aux études médicales ordinaires comme on se le figure trop souvent. On s'imagine, en effet, que l'étude des maladies mentales est un domaine tout

a fait réservé, complètement séparé de la médecine de pratique - clinique. C'est là une erreur que les médecins spécialistes ont malheureusement contribué à entretenir et à propager. Nous devons tous faire notre <u>mea</u> <u>culpa</u> sur ce point, si, d'un côté, les médecins ordinaires ont considéré la pathologie mentale comme étrangère à leurs études et ont tiré une sorte de cordon sanitaire entre la pathologie générale et la pathologie mentale, les spécialisés à leur tour, ont contribué à creuser l'abîme qui sépare ces deux portions d'un même tout.

Depuis le commencement de ce siècle, ainsi que je vais vous le dire, ont eu surtout la prétention de passer pour philosophes et pour moralistes et ils redoutaient, pour ainsi dire le titre de médecins ; c'était là une faute qui tenait à l'époque et aux doctrines

régnantes, et que nous devons abandonner aujo
d'hui.
Les spécialistes et les médecins ordinaires ont
donc à séparer leurs domaines. Aujourd'h
au contraire, nous devons tendre à réunir
dans une même étude ces deux enseigne
car la pathologie mentale est évidemment
une branche de la pathologie nerveuse et
cérébrale.
En effet, Messieurs, les médecins ordinaires
même les praticiens des campagnes sont f
quemment appelés à étudier des formes d
verses de délire, par Ex, dans les ma
dies aiguës, les fièvres cérébrales, les ty
les fièvres intermittentes; la variole, les
res éruptives, en général, sont fréquen
accompagnées de délire. Le délire symp
matique est souvent très difficile à d
tinguer du délire idiopathique, si l'on

n'a pas quelques notions générales sur la patho-
logie mentale. Cependant il est indispensable
que le médecin puisse poser son diagnostic
et son pronostic et instituer un traitement.
Il est donc de toute nécessité de comparer
les deux espèces de délire.
Il en est de même pour les affections ner-
veuses, l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, les
névroses protéiformes, le somnambulisme, la
catalepsie. Toutes ces maladies entraînent
à leur suite dans certaines conditions, le dé-
lire. Il est donc nécessaire pour le médecin
de pouvoir reconnaître quelle est la cause
spéciale de ce délire.
Ce que je viens de vous dire, Messieurs, des
maladies nerveuses, s'applique à plus forte
raison aux affections cérébrales en général,
à l'apoplexie et à ses diverses variétés,
aux ramollissements, aux tumeurs cérébrales
aux maladies aiguës du cerveau, telles que

méningites, encéphalites ou abcès. Toutes ces maladi[es]
peuvent, dans des conditions diverses entraîner fr[équem]ment, comme symptôme, le délire non seulement
aigu, mais chronique. Il est donc impossible [que]
le médecin ignore cet élément principal de la [pa]thologie cérébrale. Si d'un côté ces affections so[nt]
caractérisées par les lésions de la sensibilité et [des]
mouvements, il est, de l'autre, impossible de [mé]connaître qu'il y a un 3me ordre de symptôm[es]
ceux qui regardent l'intelligence et qui m[é]ritent à un haut degré d'attirer l'attentio[n]
des médecins.

Indépendamment de ces 3 portions de la path[olo]gie qui attirent nécessairement l'étude du [dé]lire, il y a une autre branche de la science
c'est la médecine légale, pour laquelle il [est]
indispensable de savoir distinguer la cause [du]
délire. On dira qu'un médecin peut se récu[ser]
quand il est appelé comme expert dans [les]
affaires médico-légales, qu'il peut déclarer

n'avoir pas étudié la spécialité des maladies mentales. Mais d'abord c'est là un fâcheux aveu à faire ; d'ailleurs souvent il ne suffirait pas, lorsque les circonstances sont impérieuses, lorsqu'il s'agit de cas de séquestration qui se présentent journellement, ou lorsqu'il est nécessaire de faire un rapport médico-légal dans des circonstances déterminées. Il faut donc que le médecin ait au moins des notions suffisantes sur la pathologie mentale pour pouvoir faire un certificat ou un rapport.

Je crois inutile de dire, Messieurs, d'insister davantage sur l'utilité pour les médecins, d'étudier les maladies mentales.

Mais pour bien vous faire comprendre la solidarité qui unit la pathologie cérébrale et la pathologie mentale je vais vous exposer aujourd'hui, sous une forme à la fois historique et dogmatique, les progrès successifs de la médecine mentale depuis le commencement de ce siècle jusqu'à nos jours. Je vous montrerai les principes qui

ont dirigé nos maîtres et ceux qui doivent nou
riger nous-mêmes dans la voie où il convient
nous engager.

Je ne remonterai pas, Messieurs, jusqu'aux
gines premières de la médecine, je ne ferai p
l'historique du passé depuis Arétée, Celse, G
et Caelius Aurelianus; cette étude rétrospecti
m'entraînerait trop loin et ce n'est pas là
but que je me propose aujourd'hui. Je me b
rai à vous indiquer à ce sujet un livre, p
récemment par le Dr Semelaigne, dans leq
ces questions sont étudiées avec soin. Vous y
verrez que les anciens ont devancé sur beauco
de points les études faites par les modernes
soit relativement aux symptômes, soit re
tivement à la thérapeutique des maladies
mentales. On trouve chez eux, sous ces ra
ports divers, des renseignements divers, tre

Au moyen âge, on rencontre à pein
dans les ouvrages de médecine, quelques,

tes isolées relativement à des maladies nommées folies. Les aliénés étaient alors fort peu soumis à l'étude des médecins; presque tous étaient considérés soit comme des possédés, soit comme des criminels, et relégués dans les prisons, dans les coins les plus obscurs des hospices, ou dans des cachots, ou bien ils vagabondaient dans les campagnes où ils subissaient tous les effets de l'ironie publique. En un mot, ils étaient dans des conditions telles que, rarement, les médecins étaient appelés à les observer.

Ce n'est que plus tard que Stahl, Boerhaave, et plusieurs médecins du 18me siècle ont ajouté quelques notions à celles que leur avaient transmises les anciens. Mais il faut arriver jusqu'à la fin du 18me siècle pour trouver quelques traités spéciaux sur la folie.

Il a fallu pour cela une influence sociale générale, il a fallu que les droits de l'homme fussent proclamés et que les aliénés fussent reconnus comme des malades dignes d'atten-

les soins et la sollicitude publiques. Il a fallu, en
un mot, l'impulsion de la philosophie du 18e
siècle et celle de la révolution française pour a
ner que les médecins vinssent ajouter leur con
gent à l'étude de l'aliénation mentale.
Il faut arriver jusqu'à Pinel, notre maître
tous, pour trouver un ouvrage vraiment série
et spécial sur la pathologie mentale. Pi
a subi l'impulsion de son époque, il n'a ét
que le représentant des idées de son temps
Alors que le peuple victorieux envahissait l
Bastille et Bicêtre et mettait en liberté l
aliénés, Pinel continuant cette œuvre publi
a contribué pour sa part, à briser les chaîn
de ces malheureux, à les faire sortir des c
nons et des cachots infects où ils gémiss
Il a attiré l'attention des Médecins sur
l'étude des maladies mentales et sur le
traitement. C'est donc de Pinel que d
l'époque de cette nouvelle étude, et après
ans écoulés, (car c'est en 1792 que ces c

se sont passées) nous pouvons le dire avec vérité, notre science spéciale est encore dominée, en grande partie, pour ses principes de tout ordre, particulièrement par les idées de ce maître illustre et de son élève Esquirol.

Pour se rendre bien compte des principes qui doivent diriger la pathologie mentale, il importe donc de préciser les idées de Pinel et d'Esquirol, le profit que nous devons tirer de leur oeuvre et les idées nouvelles que nous devons chercher à introduire dans la science fondée par eux.

Quels principes ont donc dirigé la pathologie mentale de Pinel ? Il est difficile de dégager de ses ouvrages quelques idées générales parfaitement determinées qui paraissent résumer sa doctrine; cependant, on peut la ramener à 5 points principaux.

Comme je vous le disais tout à l'heure, Pinel a été l'enfant de son siècle, il a importé dans la pathologie mentale des idées empruntées aux philosophes de son temps. Locke, Condillac, lui ont surtout servi de guides

Avant tout, il a été un Philosophe, je dirais m
un plus Psychologue. Il a profité de la psych
gie qui existait à son époque et il en a transm
les principes dans ses études spéciales. C'est
psychologie de la sensation qui divisait les fa
tés humaines, en 3 grands groupes distin
l'intelligence, la volonté et la sensibilité. Ce
cipes psychologiques qui règnent encore a
d'hui ont servi de base à Pinel pour ét
les maladies mentales; de plus, il a em
té aux anciens les classifications, à Are
à Celse, à Hippocrate, la division en
leurs groupes: la Manie, la Mélancolie
Démence et l'idiotisme. Mais, indépe
ment de cette classification adoptée, p
lui, il a introduit dans la science le pri
philosophique des lésions isolées des fa
C'est là une des idées mères qu'on retrou
partout dans ses ouvrages.

Une autre idée principale de Pinel, c'e

la négation de l'importance des lésions anatomiques. Sans doute, il admettait que la folie était une maladie cérébrale, mais il admettait aussi les lésions constatées à l'autopsie, chez les aliénés, n'étaient que secondaires, qu'elles étaient des effets plutot que des causes ; que la folie était plutot une névrose qu'une maladie ordinaire du cerveau, que par conséquent l'étude des lésions telle qu'elle était faite à cette époque, était insuffisante pour le médecin et ne pouvait donner la clef de l'étude des maladies mentales.

Un autre principe important est celui-ci : Pinel a étudié l'aliéné en général, en général, au lieu d'étudier des espèces. Pour lui, la Manie, la Mélancolie, la démence étaient bien des formes ou des espèces particulières de maladies mentales, mais indépendamment de ces espèces, auxquelles il attachait une importance secondaire, il étudiait surtout l'aliéné en général. Il a fait l'étiologie de la Folie ; il a envisagé la Folie comme un

groupe unique, l'aliénation mentale comme u
maladie identique et il a cherché des cau
des symptômes et un traitement en rapport
avec cette maladie générale, il n'a pas i
tué le traitement de la Mélancolie, de la
nie, de la démence, il a cherché le traitemen
de la Folie en général. Nous reviendrons p
tard sur les inconvénients de cette générali
tion beaucoup plus étendue.

Une autre idée principale de Pinel a ét
l'étude du traitement moral. C'était u
conséquence des idées exprimées tout à l'
Puisque selon lui les passions humaines j
un grand rôle, que l'altération des fac
tés, de l'attention, de la mémoire, du
gement, sont les causes premières de la
folie, il était nécessaire que le traitem
fut en rapport avec cette thèse - Puisq
admettait qu'on devenait fou par excè

d'amour, de religion, de colère, il devait admettre également que des moyens moraux pouvaient redresser cette altération des facultés. Le traitement moral a donc été pour lui la conséquence naturelle de ses théories philosophiques. Aussi dans son ouvrage Pinel rapporte-t-il un grand nombre de faits de guérisons rapides, presque instantanées, opérées sous l'influence d'une grande émotion. Ce sont là des faits qu'on ne peut contester d'une façon absolue puisqu'ils ont été observés par des hommes dignes de foi, mais si l'on envisage les aliénés tels qu'ils sont on voit qu'il s'agit là de guérison de courte durée qui souvent consistent dans la simple substitution d'une idée à une autre. On peut, sans doute, sous l'influence du raisonnement, d'une émotion, faire cesser, chez les aliénés, certaines tendances délirantes, mais on ne peut avec cela seulement, supprimer

la maladie, et de nouvelles idées délirantes [illegible]
nent souvent remplacer celles qu'on a détru[illegible]
Pinel a beaucoup insisté sur ces guérisons [illegible]
pides produites par une émotion morale. [illegible]
avait cité dans l'antiquité le fait d'u[illegible]
malade atteint dominé par une idée d'a[illegible]
guérir instantanément par l'apparition [illegible]
la personne aimée, et cet exemple a été tra[illegible]
mis par les anciens aux modernes. [illegible]
l'a multiplié pour toutes les passions et
pour la plupart des sentiments humains.
Cette doctrine psychologique intronisée p[illegible]
Pinel en France, a eu également des repré[illegible]
sants en Allemagne. Langerman, quo[illegible]
il n'ait laissé que très peu d'ouvrages
en a publié un dans lequel il a atta[illegible]
une très grande importance aux moye[illegible]
moraux. Il a eu deux élèves parmi [illegible]
quels se trouve Hemroth, l'un des [illegible]

les plus éminents que l'on puisse citer, sur lesquels MM. Morel et Lasègue ont fait un travail très intéressant, inséré dans les annales médico-psychologiques. Heinroth avait admis que la lésion de la moralité était la base de la plupart des folies, et, partant, de cette donnée métaphysique, il était arrivé, comme conséquence secondaire, à admettre des lésions psychologiques, telles que les altérations de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté étaient naturellement mis en rapport avec cette théorie psychologique.

Un de ses élèves distingués, Ideler, médecin de la Charité, à Berlin, a développé, dans un ouvrage considérable cette théorie des lésions des passions, comme causes et comme moyens de traitement des maladies mentales.

Pour nous résumer, vous voyez, Messieurs, que les travaux de Pinel peuvent se résumer

peuvent se réduire à un petit nombre de pri
Il a importé dans la médecine mentale
doctrine psychologique. Il a cru qu'on pour
suivre la production des délires dans la p
tion des passions qui dominent l'homme
mal, et prenant le tableau des facultés de
tat normal, il a admis des lésions du j
ment, de la mémoire et des penchants.
a envisagé l'aliéné comme un être uniqu
ayant des caractères communs auxquels
pouvait appliquer un moyen de traitemen
identique, et il est arrivé à la théorie
l'isolement. Il a indiqué un mode d
traitement unique pour les aliénés de
formes les plus diverses; enfin il a i
l'importance des lésions anatomiques
comme cause de tous les phénomènes
servés chez les aliénés, et il a donné l

la prééminence à l'étude des phénomènes moraux, soit comme cause, soit comme moyen de traitement de l'aliénation mentale.

Esquirol a suivi la même voie que Pinel. Esprit positif, observateur sagace, il a fait faire de véritables progrès à l'étude de la pathologie morale des aliénés, tels qu'ils se sont présentés dans la nature.

Comme observateur, il est incomparable et il a produit des ~~obseros~~ ouvrages qui dureront éternellement. Mais, comme homme de doctrine, on peut contester plusieurs de ses principes. Dans une thèse sur les passions qui a paru en 1805, il a poussé très loin sa doctrine. Il a étudié les passions dans tous leurs détails, comme causes et moyens de traitement des maladies mentales et a poursuivi jusque dans ses dernières conséquences, la doctrine

de son maître. A mesure qu'il a avancé
âge, il a abandonné ce que ces doctrines
d'exclusif, mais il en a conservé les traits
dominants. Ainsi, par Ex, par la créati
de la monomanie, ou délire partiel, limi
une seule idée, ou à seul sentiment, il
engagé dans la même voie que Pinel, c
à dire dans l'étude des facultés isolées
comme moyen de classement des malad
mentales. Il a admis les monomanies
ques, ambitieuse, suicide, homicide, ince
diaire, divisant ainsi cette maladie
seulement d'après les facultés lésées,
également d'après les actes accomp
par les aliénés. Il a suivi, sous le ra
port psychologique, la même doctrine
Pinel. Il a nié, comme lui, l'impor
des lésions anatomiques et de l'ana
mie pathologique surtout, comme

ou comme moyen de classement des maladies mentales.
Il a étudié la folie, en général, négligeant les espèces
dont il donnait la description pour remonter à une des-
cription doctrine plus générale, l'étude de l'aliéné
envisagé comme un type unique.
Ainsi, par Ex, il a rattaché aux lésions de l'atten-
tion, les deux formes principales d'aliénation
mentale. Pour lui, les malades atteints de Ma-
nie, c'est à dire de délire général, avaient une
lésion en moins de l'attention. Cette faculté était
lésée chez eux par défaut; ils n'étaient plus sus-
ceptibles d'attention et ne pouvaient la fixer sur
aucun objet. Au contraire, ceux qui étaient at-
teints de délire partiel, avaient une lésion en
plus de l'attention qui chez eux était exagérée
elle était uniquement fixée sur certains sujets,
et ils ne pouvaient la diriger sur d'autres
objets.
Ainsi, Esquirol, malgré son talent d'observa-
tion, malgré son désir de rester avant tout
positif, et d'étudier les faits sans idées
préconçues, a proposé plusieurs doctrines sembla-
bles à celles de Pinel. Cependant, il a rendu

il a rendu de grands services à l'étude des alié
et fait faire des progrès considérables à la sci
Il a créé la monomanie comme subdivision d
délire partiel, il a étudié les hallucinations
les illusions qui avaient été à peine abordées
Pinel; il a examiné dans la monomanie
variétés homicides, incendiaires, érotique, a
-freuse et suicide

Ces deux grands hommes, Pinel et Esquirol,
gré leurs travers ont plutot agi comme phi
-tropes que comme hommes de science. Ils ont
transformé les asiles d'aliénés, et, en cela,
ont tracé un sillon profond et indélébile

J'ai dit que mon intention était de tirer
l'examen des principes de nos maîtres, d
part le moyen de les juger, et d'autre p
le moyen de progresser dans une voie, s
nouvelle, du moins, différente de la leur.

Si nous envisageons scientifiquement cette
période, nous voyons que les Elèves de P
et d'Esquirol ont été fidèles aux doctr
de leurs maîtres, mais qu'ils en ont diff

cependant sur certains points principaux. Ainsi, sur l'étude des causes et des lésions anatomiques, il y a de grandes dissidences entre les maîtres et les élèves. Pendant que les premiers propageaient leur doctrine, leurs élèves les plus studieux commençaient à étudier les lésions du cerveau d'une manière sérieuse. En 1815 et 1816, à l'époque de l'invasion de la France, ces élèves qui sont devenus plus tard des maîtres, sous l'influence des doctrines dominantes à cette époque, fixaient leur attention sur les lésions cérébrales et sur celles des méninges, et ils crurent trouver, dans l'étude de l'anatomie pathologique, la véritable solution de toutes les questions relatives à la médecine mentale.

On vit alors Rostan qui préludait à la Salpêtrière a ses études sur le ramollissement du cerveau, entouré de plusieurs hommes qui plus tard qui sont devenus des maîtres, à leur tour, Calmeil, Foville, Ferrus, Voisin, mon père. Tous, ils ont étudié les maladies

les maladies mentales, au point de vue de l
qui prédominait alors, celle des lésions du c
ils étaient, à la fois, anatomistes et cérébri
Cette direction nouvelle, imprimée à la scien
a donné naissance à l'une des plus grand
conquêtes de la médecine mentale moderne,
la paralysie générale qui est certainement
plus importante découverte de la médecin
tale moderne, à la Paralysie générale qu
certainement la plus importante découvert
la médecine mentale depuis 40 ans. Cet
maladie a été d'abord étudiée à Charenton
puis à la Salpêtrière et à Bicêtre. Plusieu
monographies ont paru, quelques années a
renfermant les notions les plus importante
sur cette maladie. Une étude de M. B
a paru d'abord comme thèse, en 1822,
sous forme de volume, en 1826. Il a pa
aussi un livre de M. Calmeil et un
thèse de M. Delaye. Des ouvrages,
bliés par d'autres auteurs, à la mêm

époque, contiennent les documents les plus importants sur l'étude anatomique et symptomatique de la paralysie générale.
Cette direction exclusivement anatomique des études n'a pas été stérile. Elle a produit de grands résultats que nous devons tous reconnaître. Mais est-ce une raison pour suivre exclusivement la doctrine anatomique ? Peut-on y trouver, même avec le complément du microscope qui est une conquête moderne, peut-on y trouver les moyens de se renseigner sur les causes, sur les symptômes et les moyens de traitement des maladies mentales ?
Malheureusement non, jusqu'à ce jour, nous n'avons pas de solution dans ce sens. Nous trouvons bien dans les méninges, dans la substance corticale du cerveau, dans les ventricules, des lésions importantes qu'il est utile de noter, mais elles sont insuffisantes pour nous rendre compte des phénomènes observés. Du reste, elles sont souvent consécutives et non primitives. Ce

n'est pas dans cette voie que l'on peut trou
la solution des questions qui nous interess
Après cette 1re tendance des Elèves de Pi
et d'Esquirol est venue une tendance in
qui était le développement ou l'exagérati
principes même posés par les maîtres : c'es
tendance psychologique. Plusieurs élèves
quirol, en effet, après avoir étudié, la
à un point de vue anatomique, se sont
lancés ensuite dans l'étude de la ps
logie. Ils ont ~~remplacé~~ emprunté à l
écossaise les principales facultés admises
la psychologie, et ils les ont transporté
rement purement et simplement dan
médecine mentale. Ils ont admis, p
Ex. l'attention, la mémoire, le raiso
ment, le jugement, la volonté, et
nant cette division des facultés avec
subdivisions, telles qu'elles sont admi
par les philosophes, ils se sont dem

qu'elles pourraient être les lésions de ces facultés cons-
tatés chez les aliénés. Ils se sont alors livrés à
de véritables tours de force exigeant une grande
dose d'invention et d'ingéniosité pour arriver
à des résultats très peu en rapport avec les force
dépensées. Ils sont ainsi arrivés à classer dans
une sorte de casier analogue à l'herbier des botanistes,
toutes les lésions psychiques qu'on peut rencontrer
chez les aliénés, et à les placer ainsi dans
une case préparée à l'avance. Ces auteurs sem-
blent avoir créé une sorte de tableau synoptique,
dans lequel comme dans la philosophie chi-
mique, des causes étaient préparées avant
qu'on eût découvert les corps qui devaient
les remplir, il fallait trouver telle lésion
remplissant telle case vide, et on la découvrait
soit dans une forme, soit dans une ~~forme~~ autre.
Ce travail très ingénieux n'a pas donné de
grands résultats pratiques. ~~Il fallait~~ déta-

chez les faits de leur entourage ordinaire, pour découvrir les lésions de l'attention, de la mém de la volonté dans les formes les plus dive des maladies mentales ; il fallait les pre l'une dans le délire de la Manie, l'une da celui de la demence, une autre dans la M manie, une autre dans la Mélancolie, et chez ainsi, pour chaque état de l'esprit et détacher ainsi, pour chaque état de l'esprit, des phénomènes que la nature p au contraire groupés dans un tout compl On a procédé comme les chimistes, quan veulent faire au lieu de synthèse de l lyse exagérée ; ils arrivent ainsi au simple primitif dans toute matière org que, à l'azote, à l'oxigène, au carbon à l'hydrogène qui composent les mat organiques. Mais est-ce là ce qui peu servir la pratique ? Cela peut-il con

à des applications de la science chimique? Non certainement, la science s'applique à des corps complexes composés, tel que le sucre, l'alcool, l'éther, etc. Pour les étudier, le chimiste doit les prendre dans leur complexité. Ce n'est pas servir la science, que de vouloir remonter aux faits élémentaires et primitifs. C'est pourtant ce que l'on a fait pour la folie. Au lieu d'étudier les états complexes, on a voulu remonter aux faits primitifs, aux lésions de facultés qui peuvent, sans doute, avoir de l'intérêt pour le philosophe, mais qui sont sans utilité au point de la pratique médicale.

J'ai dû abréger beaucoup, Messieurs, cet exposé des doctrines de Pinel et d'Esquirol, mais j'en ai dit assez pour vous faire comprendre qu'elles ont un côté utile. Elles ont servi la science dans une certaine mesure, mais elles sont loin de suffire pour l'étude pratique et clinique des maladies mentales.

Il est une autre doctrine, la doctrine

tomatique qui a une grande importance en
Allemagne. Elle repose sur l'étude des organ
autres que le cerveau, ajoutée à l'étude du
veau. Elle a donné de grands résultats. A
tête se sont trouvés Jacobi et ses Elèves q
ont fait avancer la science. Elle a permi
d'étudier les rapports de la Folie avec les
lésions de l'organisme. On l'a étudiée
ses rapports avec les maladies du coeur,
poumons, des organes génito-urinaires,
a cherché les rapports entre les troubles c
braux et ceux des autres organes. Des
vaux importants ont été produits dans
voie, et et on a fait faire à la scien
véritables progrès. Mais ce n'est pas en
suffisant.

J'en dirai autant, Messieurs, de la d
trine psychologique. Elle a rendu de g
services, en permettant de mieux analy
l'étude des maladies mentales par l

des lésions initiales, mais abandonnée à elle-même et prise isolément elle ne suffit pas. Pour connaître les aliénés tels qu'ils sont, au point de vue médical et clinique, il faut davantage. Il faut mettre de côté les études psychiques et pénétrer plus avant dans l'observation directe. Il faut substituer aux deux doctrines que je viens d'indiquer une 3me doctrine qu'on peut nommer la doctrine pathologique ou clinique. Il faut cesser d'examiner l'aliéné, ~~au~~ au point de vue des lésions initiales enseignées par les Psychologues et d'étudier l'aliéné en général. Il faut pénétrer plus avant et chercher à découvrir de véritables formes, des espèces de maladies caractérisées par certaines lésions organiques, et de plus, par un ensemble de phénomènes physiques et moraux, et par une marche déterminée. C'est dans cette voie que doit

être dirigée aujourd'hui la science, pour arri
à faire des progrès.
Sans doute il faut considérer l'aliéné en g
ral, au point de la vue de la médecine lég
et de la sequestration. Lorsqu'un aliéné p
devant les tribunaux, la seule question qu
médecin ait à poser est celle du libre arb
Il faut savoir si l'individu est capable
se gouverner ou s'il est entraîné par une
supérieure à sa volonté. Quelle que soit la
de l'aliénation, l'individu n'en n'est pa
moins aliéné, et à ce point de vue, il d
être exonéré de toute responsabilité. Il en
de même au sujet de la sequestration
Lorsqu'il s'agit d'enfermer un aliéné, s
pour son traitement, soit pour la sécuri
publique, il faut examiner cette seule
tion: Le malade est-il capable de se
riger ou doit-il être protégé, soit pou
sûreté personnelle, soit pour son traitem

Mais cet examen cesse d'avoir son intérêt quand il s'agit de faire de la science, de la pathologie. Alors, au lieu d'envisager l'aliéné en général avec son caractère d'ensemble, que Pinel et Esquirol ont surtout décrits, il faut pénétrer plus avant dans l'observation.
Ainsi, au lieu d'admettre les Maniaques, les Mélancoliques, les Déments, comme les ont admis nos maîtres, il faut aller plus loin et prendre, par Ex, un type, comme la paralysie générale. Cette maladie vous donne un ex. facile à saisir de ce que peut être la classification. Le malade en effet peut être alternativement Mélancolique, Maniaque et Dément. Il passe successivement par ces divers états, considérés par Pinel et par Esquirol comme des formes spéciales. Ce ne sont, dans la Paralysie générale que des états temporaires ou provisoires qui se succèdent. On ne peut donc pas les considérer comme de véritables formes naturelles. En effet, en médecine, comme en histoire naturelle, la condition principale d'une forme naturelle. En effet, consiste dans un

ensemble de caractères ayant une évolution part
lière ; or ce caractère d'ensemble et d'évolution
pas dans les formes, aujourd'hui admises
les maladies mentales.
Ce que l'on constate pour la paralysie géné
se voit également dans d'autres formes qu
étudierons plus tard : La Folie circulaire ou à
ble forme, par Ex. où l'on voit la Manie et
Mélancolie se succéder d'une manière régu
et non interrompue. On voit des malades qu
commencent par être mélancoliques et qui
viennent maniaques ; après avoir un état
d'affaissement et de prostration, ils arriv
à une excitation violente, et à présenter to
les caractères de la Manie ; puis ils recomm
cent de nouveau le même cercle et passent
cessivement, et souvent, durant leur vie
tière. (car cette maladie est souvent incur
par des phases alternatives d'affaissem
et d'excitation.
Nous pouvons encore mentionne

d'autres formes moins bien connues et moins géné-
ralement admises. L'une d'elles est le délire de
persécution. J'aurai l'occasion, dans une prochaine
leçon, de décrire ce délire avec ses phases successi-
ves, et vous verrez que les malades qui appar-
tiennent à cette variété ont des caractères communs
tellement tranchés qu'il est impossible de ne
pas voir en eux des malades appartenant à une
espèce morbide.

J'en dirai autant de deux variétés décrites par
M. Morel dans son traité : La Manie Hystérique
et épileptique. Ces formes particulières se déta-
chent de la classification de Pinel et d'Esquirol
pour former des variétés spéciales, distinctes qui
ont des caractères propres, une marche particulière
on peut les reconnaître aux actes et aux ma-
nifestations de tout ordre.

J'ai dû abréger beaucoup, Messieurs, mais je
crois vous avoir fait suffisamment que nous
devons & sans doute reconnaître le grand
mérite de nos maîtres et les grands résultats

obtenus par eux, mais que nous ne devons pa
cependant nous abandonner à une sorte de fétic
Il faut tenir grand compte de la succession
temps et des progrès de la science. Tout en
dant justice à nos prédecesseurs, il ne faut
pas nous arrêter dans la marche du progrè
et immobiliser la science dans la contempla
des oeuvres de nos devanciers. Nous devons, e
un mot, diriger notre science dans une vo
nouvelle différente de la leur
Nous pouvons résumer ainsi ce que nous de
faire : études cliniques et pathologiques
diverses de maladies mentales. Au lieu d'en
ger l'aliéné comme un être ayant des cara
communs, il faut admettre des espèces diff
rentes de maladies mentales, et poursuiv
dans l'étude clinique des malades le m
de transformer la classification existante.
Cette classification généralement admise,
déjà reçu de nombreuses attaques. Elle adm
4 et même 5 formes principales : la Manie

la Mélancolie, la Monomanie, la Démence et l'Idiotisme. Chacune de ces formes a reçu de la part des successeurs et des élèves-mêmes de Pinel et d'Esquirol, des attaques tellement nombreuses qu'on pourrait dire qu'elle n'existe plus, pour ainsi dire aujourd'hui qu'à l'état de lambeaux.

La Manie, par Ex, ou délire général avec excitation est une désignation tellement vague et générale qu'elle s'applique aux états les plus divers. On peut, en effet, réunir sous ce nom les délires les plus aigus, les plus voisins de l'état de fièvre comme le délire de la méningite, en un mot les délires les plus incohérents et en même temps la manie raisonnante c'est à dire la folie la plus voisine de l'état normal ou de l'état de raison. Or, peut-on comprendre qu'une classification régulière et naturelle puisse admettre dans la même espèce des états aussi différents que la Manie raisonnante et la Manie aiguë voisine de la Méningite.

J'en dirai autant de la Mélancolie. Dans les leçons suivantes je vous montrerai, Messieurs, combien diffèrent entr'eux les Mélancoliques, certains d'entre eux sont tellement voisins de

la raison, que leur état se rapproche d'une fa
extraordinaire de l'état de simple tristesse; ils
ont conscience presque complète de leur état;
se sentent abattus, affaissés, dans la prostrat
physique et morale; ils ne peuvent ni pens
ni agir, mais ils ont conscience de leur situ
Eh bien, à côté de ces Mélancoliques, vous avez
les Mélancoliques cérébraux, ceux qui appar
nent à la Paralysie générale et à certaines
fections organiques du cerveau et qui con
tent plutôt une sorte de suppression, de
pension de la pensée, que dans des idées
lancoliques déterminées.

Mr Baillarger a tellement senti nécessité
diviser les Mélancoliques en deux groupes
il a détaché une des portions de la Mélan
lie pour la faire passer dans la Manie.
effet, quand les Mélancoliques sont att
d'une prostration générale que leur pensé
est suspendue, au point d'arriver à la

stupeur ; ils sont plutôt atteints de délire général que de délire partiel ; tandis que les Mélancoliques atteints du délire de persécution, par Esq., se rapprochent beaucoup plus du délire partiel que du délire général. M. Baillarger a donc divisé en 2 groupes principaux les Mélancoliques d'Esquirol.

Mon père en attaquant la Monomanie, c'est à dire le délire unique limité à une seule idée ou à une seule série d'idées, a également renversé, sur ce point, la classification d'Esquirol. Il a démontré que, dans tous les cas de prétendue Monomanie, le Délire était multiple, s'appliquant à plusieurs objets, à plusieurs idées différentes, et qu'aucun aliéné véritable ne délirait exclusivement sur une seule idée ou sur un seul objet.

M. de Lasiàuve est allé plus loin encore. Il a divisé les Monomanes en deux groupes : les Monomanes à idées fixes systématisées

qui peuvent raisonner comme les hommes à
l'état normal, et les pseudo-monomanes
atteints de monomanie diffuse, chez lesquels l
trouble est plus intense, la confusion des i
plus générale, et qui se trouvent dans un
état analogue au rêve morbide ou à la
série du délire aigu. Dans cet état, il
a des idées multiples, des hallucinations
des illusions au milieu de la confusion g
rale des idées.

D'une part donc, M. Baillarger divise en
le groupe des Mélancoliques d'Esquirol, d'
tre part, mon père a attaqué celui des M
nomanies. Quant à la Manie, elle conti
également des états très différents, je vous
déjà dit tout à l'heure. Indépendamme
de la Manie raisonnante, il y a la Mani
hystérique et épileptique, celles de la fièv
typhoïde, des fièvres paludéennes et int
mittentes. Ce groupe de la Manie a d
subi également de nombreuses atteintes.

Mais la division des esprits est encore plus frappante pour la Démence. Telle que Pinel et Esquirol l'a comprenaient, elle embrassait à la fois des états de faiblesse intellectuelle les plus divers. Elle comprenait, en effet, la démence des affections cérébrales, celle qui succède aux attaques apoplectiques, aux ramollissements, aux tumeurs cérébrales, aux méningites chroniques ou aigues. D'autre part, la démence paralytique qui est liée à la paralysie générale; enfin, la démence des aliénés chroniques, c'est à dire la folie systématisée, arrivée à sa dernière période, quand le délire s'est arrêté à un certain nombre d'idées très bien coordonnées, et est accompagnée d'une grande faiblesse.

La démence est donc divisée en plusieurs groupes, savoir: la démence des affections cérébrales celle de la Paralysie générale et celle des folies chroniques, sans compter la démence aiguë d'Esquirol qu'on place aujourd'hui dans la Mélancolie.

Je reviendrai, Messieurs, sur ces diverses distinctions mais j'ai voulu, dès aujourd'hui, vous donner une idée générale de l'état de classifi-

cation régnante, et vous montrer que si les princ
de Pinel et d'Esquirol dominent encore dans
science, ils sont cependant attaqués de toutes p

Une attaque plus vive encore a été dirigée
sur cette classification par M. Morel. Non seu
ment dans un premier ouvrage, il avait dé
transformé la Monomanie en manie, en lui
nant le nom de Manie systématisée, mais
son ouvrage général, il a changé la classif
tion de Pinel et d'Esquirol, d'une faç
complète en y substituant une classificat
qui repose sur des données empruntées à
l'étiologie ou à la Pathogénie. Il a divisé
folie en 6 groupes principaux : les folies h
ditaires qui présentent des caractères, prin
paux communs assez nombreux, les folies
sympathiques, les folies intoxications, les fo
par transformation d'une névrose, lesquelles
se divisent d'après leur origine, en folie
hypochondriaques, hystérique et épileptique
enfin les folies terminatives qui représentent

la démence, et forment une dernière division.
Ainsi, Messieurs, la classification régnante qui domine encore aujourd'hui la science, est néanmoins attaquée de toutes parts. Les élèves et les successeurs de nos maîtres s'entendent, pour procéder, à leur insu, à la démolition, pièce par pièce, de cette classification, et cherchent à y substituer de nouvelles notions. Nous sommes arrivés à une période de rénovation et de transformation de la science. Nous n'avons pas encore d'édifice nouveau à substituer à l'ancien, mais celui-ci est attaqué de toutes, et il ne reste, pour ainsi dire, plus pierre sur pierre de l'édifice ancien.
Il est difficile d'exposer, sous une forme claire, la science actuelle, surtout en l'absence de malades qu'on puisse montrer pour faire comprendre les variétés de la folie. Cependant, malgré ces difficultés, il est possible, en se maintenant dans les termes généraux de la classification régnante, d'arriver à une description assez exacte pour

reconnaître les malades quand on les rencontre d[ans]
la pratique. Je crois donc que dans un petit
nombre de leçons, quinze ou 16 environ, je
pourrai faire un tableau à peu près complet
de toutes les formes de maladies mentales
qu'on peut reconnaître dans l'état actuel
la science.

Dans la prochaine leçon, je vous exposerai l[es]
symptômes généraux de la Folie, afin de
donner une idée claire du langage scientif[ique]
spécial; puis nous passerons rapidement à
l'étude des formes particulières des ma[la]-
dies mentales.

2me Leçon

Samedi 4 Décembre 1869.

Messieurs,

Dans la dernière séance, je vous ai indiqué, sous une forme générale, les principes qui ont servi de base aux doctrines de nos maîtres, Pinel et Esquirol; puis, j'ai cherché à vous montrer les points de ces doctrines qu'il fallait conserver et ceux au contraire sur lesquels il pouvait être utile d'apporter quelques modifications pour tâcher de faire progresser la science, dans la voie ouverte par nos prédécesseurs.
Après ces généralités, je vais aujourd'hui aborder la pathologie générale de la folie. Je pourrais entrer d'emblée dans la pathologie spé-

ciale, mais il m'a paru utile de faire d'abord 2 ou 3 leçons de pathologie générale pour vous exposer, sous une forme très rapide, les symptômes principaux des maladies mentales, avant d'entrer dans le détail des formes particulières.

L'année dernière, j'avais essayé de commencer directement par la pathologie spéciale mais j'ai rencontré quelques obstacles qui tenaient à l'absence de définition relativement aux mots = illusions, hallucinations, troubles des penchants, de l'intelligence qu'on est obligé d'employer à chaque instant. Il faut préalablement les définir, les préciser avant d'en donner le détail, à propos de chaque forme particulière. J'ai donc cru utile de revenir à quelques leçons générales sur la pathologie de la folie envisagée dans son ensemble. Je serai aussi bref que possible désirant faire surtout un cours pratique et arriver le plus tôt possible à la description des formes particulières

Comme je vous l'ai dit, Messieurs

la classification généralement adoptée aujourd'hui comprend 4 formes principales : La Manie, la Mélancolie ou délire partiel qu'on divise en Monomanie et Mélancolie et la Démence.
Il importe d'abord de vous donner quelques indications sur ces 4 formes principales.
Lorsqu'on entre dans un asile d'aliénés, on est frappé tout d'abord, par certains caractères qui, à la 1re vue, sont tellement saillants, qu'il est impossible de les méconnaître. On voit d'abord la division des agités, c'est à dire des malades qui se livrent à toutes sortes de mouvements désordonnés, dont le langage est plus ou moins incohérent. Ils parlent, chantent crient, se livrent aux mouvements les plus irréguliers. Ces malades sont les maniaques atteints de délire général avec excitation. Ils ont comme caractère commun, un délire très étendu, qui porte sur un grand nombre de faits à la fois, qui ne peut se spécialiser, qui est très diversifié. Indépendamment de ce caractère, il y a l'excitation

c'est à dire que ces malades parlent beau-
coup et agissent de même. Ils sont sans
cesse en mouvement, ne peuvent rester en
place, ils ont un besoin incessant de mou-
dans le corps et dans l'esprit. Voilà les
deux caractères communs aux Maniaques
excitation et délire général. Quand j'en-
dans les détails, je montrerai combien n-
moins les Maniaques peuvent différer
uns des autres.

Après les Maniaques viennent les malades
atteints de délire partiel, c'est à dire c-
qui conservent l'apparence extérieure de
raison, qui, la 1re fois qu'on les voit, n-
semblent pas aliénés. Vus à distance, i-
paraissent dans l'état normal, et m-
dans un court entretien avec eux, il
impossible de s'apercevoir de leur état
mental; il faut les mettre sur le terra-
de leur délire, arriver à faire saillir l-
idées prédominantes, pour reconnaître

leur état mental. C'est le caractère de délire partiel, c'est à dire limité à un certain nombre de sentiments et de penchants : il est très commun et s'applique à un grand nombre d'aliénés.

Lorsque l'on s'imagine la Folie comme les gens du monde, il semblerait que les maniaques doivent être les plus nombreux parmi les aliénés. Pour les gens du monde la folie consiste dans un extrême désordre, mais quand on arrive à l'examen des faits, on constate que les aliénés atteints de délire partiel sont les plus nombreux. ainsi, pour un maniaque, on rencontre 7 ou 8 malades atteints de délire partiel.

Aussi, il faut distinguer en deux catégories, les délires de cette espèce : les Mélancoliques et les gais, d'après l'état général qui domine chez eux. En effet, certains d'entre eux sont plongés dans la tristesse, ils sont immobiles, restent assis et parlent très peu. D'autres, au contraire, se font remarquer par l'expansion et l'activité. Aussi dès la plus haute antiquité, s'est-on fondé

sur ces deux caractères pour établir une distin
entre les aliénés atteints de délire partiel.
Mais Pinel, tout en adoptant cette division
n'avait pas donné de nom au délire gai
comprenant tous les aliénés atteints de dé
partiel, sous le nom de Melancoliques ; E..
rol sentant cette lacune, a créé le mot de
monomaniaques pour désigner les malades
présentent un fonds de gaité, mais je
comment il faut entendre le mot de Mono
qu'il ne faut pas restreindre comme l'a g
Esquirol.
Vient la 4me forme de Folie admise par
et Esquirol qui est très contestable comm
forme spéciale et distincte, c'est à dire la
Démence. Le seul point commun de to
les malades réunis sous ce nom, c'est
faiblesse intellectuelle, mais elle a des d
grés très différents. Ainsi, si l'on comp
la ~~desi~~ faiblesse intellectuelle dans la d
avec celles qui suivent les maladies orga
ques du cerveau, les apoplexies, les ramo

lissements, on reconnaît des différences considérables.
Les aliénés passés à l'état chronique, conservent de longues années un état intellectuel qui se rapproche beaucoup du délire partiel ; les traces de la démence sont évidentes chez eux, mais malgré cette faiblesse très prononcée de l'intelligence, ils présentent un degré d'activité plus considérable que celui résultant des affections cérébrale organiques.
On comprend sous le nom de démence 3 états : la démence paralytique, formé de la paralysie générale, la démence des maladies organiques du cerveau qui rentre seule dans la définition de Pinel et d'Esquirol, parce que la pensée se trouve réellement oblitérée, enfin la démence qui accompagne la folie passée à l'état chronique, c'est à dire un état de folie dans lequel on constate des traces plus ou moins prononcées de faiblesse intellectuelle.
J'entends par éléments pathologiques de la folie, les phénomènes élémentaires que l'on constate chez tous les aliénés envisagés en gé-

néral. Je vous l'ai dit, Messieurs, il importe aujourd'hui d'abandonner la notion envisagée [en] général, c'est à dire l'aliéné d'après les form[es] décrites par nos maîtres et tel qu'on le défin[it] encore aujourd'hui. Les aliénés sont tellement différents les uns des autres qu'il est difficile de trouver des caractères communs applicab[les] à tous. Quelles que soient les variétés de l'é[-]tat mental, on a cherché cependant quelqu[es-]uns de ces caractères communs et ils ont u[ne] certaine importance au point de la médec[ine] légale et de la séquestration.

En effet, quand un médecin est appelé à s[e] prononcer sur un fait d'aliénation ment[ale] il faut, avant tout, qu'il établisse l'ex[is]tence de l'aliénation. C'est là une quest[ion] de diagnostic. Il faut donc pour l'étab[lir] avoir quelques caractères d'ensemble qui s'ap[-]pliquent à tous les aliénés quels qu'ils soient.

Ces caractères peuvent se résumer ainsi; l'a[-]liéné est un être à part, distinct du [...]

de l'humanité, comme l'indique le mot <u>aliénus</u>
Il est étranger au monde intellectuel et moral.
Son principal caractère consiste à se séparer du
monde extérieur. Il vit en lui-même, dans son
for intérieur, dans les idées qui s'y développent
peu à peu en dehors du monde. Pendant la
période d'incubation cela est saillant, le malade
s'isole du monde extérieur, le monde entier le
blesse, il est heurté par tout ce qui l'environne
il éprouve le besoin de se renfermer dans sa pro-
pre personnalité. L'aliéné est, avant tout, un
être égoïste qui s'isole de ses semblables et du
monde extérieur. Qu'il devienne Mélancolique
ou Maniaque, il y a toujours ce caractère princi-
pal de l'isolement, de la vie intérieure par
opposition à la vie extérieure; l'aliéné est con-
centré en lui-même, il se fait le centre du
monde entier, il cesse de vivre de la vie commu-
ne, intellectuelle, morale de l'humanité pour
se renfermer dans sa propre personnalité.
C'est dans ce milieu nouveau que surgissent
peu à peu des sentiments altérés, des pen-

chants violents, des impulsions inaccoutumées, (
conceptions délirantes, des illusions, des hallu
nations, en un mot, tous les éléments de la
folie sur lesquels je vais insister.
La conséquence la plus immédiate de cette co
centration de l'aliéné en lui-même, c'est l'a
sence complète de sociabilité. On cesse d'être
ciable avec les autres hommes, on voit en
des ennemis dont il faut se défier. Le car
tère est important car il ne suffit pas,
beaucoup de circonstances, de rechercher chez
malade l'existence de caractère et positif
c'est à dire de conceptions délirantes, d'i
pulsions violentes, de sentiments altérés,
faut quelquefois insister sur l'état géné
qu'on peut appeler négatif dans son diag
tic.
Quand on voit un homme devenir différen
de ce qu'il a toujours été, dont le caractère
s'altère, dont les idées se modifient, qu
cesse d'avoir le genre de vie qu'il avait

antérieurement, on peut deviner que l'aliénation mentale est en train de se former. Il existe donc déjà dans cet ensemble des faits négatifs contraires à la vie commune et générale de l'humanité des caractères très essentiels pour le diagnostic.

Dans les formes mal dessinées, parmi lesquelles les conceptions délirantes sont difficiles à faire surgir, où il est difficile de constater l'existence d'idées fausses, des hallucinations ou du trouble de la sensibilité morale, il est important d'avoir des caractères généraux d'ensemble qui permettent, à première vue, de distinguer un aliéné d'un homme sain d'esprit. C'est dans les formes dites raisonnantes où les malades sont très lucides, si difficiles au diagnostic, que ces caractères généraux sont importants à reconnaître et qu'il est nécessaire d'insister sur leur existence.

La Folie peut donc être caractérisée d'une manière générale par certains traits d'ensemble. Cependant pour le diagnostic précis, il importe d'aller plus loin

Il faut rechercher si, sur ce fond commun ne
surgissent pas quelques troubles particuliers, qu
ques symptômes spéciaux, et si l'on peut d
couvrir des symptômes physiques. J'insisterai
tard sur les illusions, sur les troubles de
sensibilité mais il n'en est pas moins vr
que les symptômes résident surtout dans
domaine de l'intelligence.
Comment étudier ces caractères? Nous n'a
pour cela que deux moyens = prendre les
roles et prendre les actes. Quand un m
lade nous est soumis, il faut le laisser p
ler, l'écouter se manifester librement, n
pas l'interrompre d'une manière intem
tive. Il ne faut pas le diriger par un
terrogatoire. C'est là le défaut des m
gistrats et des personnes étrangères à la
connaissance de la folie. Ils commencen
par demander l'âge, le lieu de naissan
les circonstances extrinsèques de la m
ladie et ils se posent ainsi en juge

d'instruction, vis-à-vis d'un accusé.
Or, le seul fait de cette existence situation modifie les manifestations de l'aliéné. Les malades devant un juge interrogateur ne sont plus ce qu'ils seraient abandonnés à eux-mêmes. Ils se transforment sous l'influence des questions qu'on leur adresse. Il faut donc laisser les aliénés se manifester librement; il faut les voir dans leur attitude ordinaire. Il ne faut pas les mettre en présence d'interrogations qui modifient complètement leurs manifestations. C'est là ce qui, par Ex, dans les cours cliniques quand on fait venir un aliéné devant les élèves. Au moment où il paraît, il entre en scène et cesse d'être lui-même. Si, au contraire, comme on l'a fait dans d'autres circonstances, on fait entrer les élèves dans les salles des asiles, ils peuvent voir les malades tels qu'ils sont et juger leur état mental. Donc, 1er point, il faut laisser les aliénés se manifester tels qu'ils sont, par les paroles et par les actes. Mais il faut

aller plus loin encore. Lorsque le médecin a acquis par un premier examen, des notions sur l'état ordinaire du malade, il faut se servir des notions ainsi acquises, pour pénétrer plus avant dans l'intimité de l'individu.
Que faut-il donc chercher dans l'intimité de l'aliéné? Les phénomènes élémentaires de la Folie; c'est là le point sur lequel je veux insister. Quels sont ces phénomènes? Nous sommes obligés, puisque nous faisons de l'abstraction de la systématisation, de prendre la division mise par les philosophes. Il nous faut diviser les phénomènes psychiques intellectuels et moraux en plusieurs catégories correspondantes à celles admises par les philosophes: lésions des facultés intellectuelles, conceptions délirantes, lésions de la volonté ou impulsions aux actes violents.
Comme je vous le disais, Messieurs, dans la précédente séance, on procède alors

à la manière des chimistes qui, au lieu d'étudier les corps ~~qui~~ tels qu'ils sont à l'état complexe, cherchent à remonter à leurs éléments premiers, à faire une analyse élémentaire des matières organiques. Au lieu d'étudier le sucre, l'alcool, l'éther, ils arrivent ainsi à étudier les éléments constitutifs = le carbone, l'hydrogène, l'oxigène; de même dans la folie, nous étudierons plus tard, dans les formes particulières, les phénomènes complexes tels qu'ils sont dans la nature; mais avant d'y arriver, il est nécessaire pour la facilité de l'étude, d'abstraire les éléments principaux de la maladie et de prendre ainsi les lésions des sentiments et des penchants puis les lésions des facultés intellectuelles.

Vous savez ce que les philosophes ont entendu par le mot sentiment. En général, on en admet de 2 ordres. Ceux qui se rattachent et ceux qui se rattachent à l'amour = les autres ne sont que des sub-

divisions de ces sentiments principaux : sentim[ents]
de jalousie, de haine, de vengeance ; sentimen[ts]
affectueux pour ses parents, pour ses amis. [...]
~~sentiments~~ cette division ~~peut~~ se poursuivre au[...]
l'étude de l'aliénation mentale, mais il f[aut]
d'abord se faire une idée des lésions généra[les]
de la sensibilité.
Ces lésions se présentent sous 2 formes gé[né-]
rales correspondant aux deux formes prin[ci-]
pales des maladies mentales. Tantôt, e[n]
effet, la sensibilité est exagérée, poussé[e à]
un degré excessif, tantôt au contraire ell[e]
est annihilée, affaiblie. Tels sont les deu[x]
points extrêmes pour la sensibilité comm[e]
pour l'intelligence. Or, vous savez qu'i[l]
existe des individus très nerveux, névro[pa-]
thiques qui sont, pour ainsi dire, des m[ul-]
tiplicateurs de la douleur : ce sont de[s]
êtres représentant des sensitives humai[nes.]
Ils sont d'une nature tellement m[...]

faciles à impressionner, que la moindre sensation devient pour eux une douleur. Ces natures sont prédisposées jusqu'à un certain point soit aux maladies nerveuses, soit aux maladies mentales. On voit souvent survenir dans ces prodrômes de la folie, de ces modifications de la sensibilité morale. Des êtres qui, jusque là, avaient senti comme tout le monde deviennent tout-à-coup extrêmement impressionnables, susceptibles, ils s'émeuvent pour un rien. C'est une sorte d'hypéresthésie morale, de même que dans l'hystérie et dans d'autres maladies nerveuses, il y a de l'hyperesthésie physique. Ce sont de vrais souffre-douleurs. De même qu'au physique, ils ont des névralgies, des douleurs mobiles qui parcourent l'organisme, de même au moral toutes les impressions qu'ils auraient reçues comme les autres hommes, sans impression violente, deviennent pour eux la cause de douleurs très vives. Cet état

prédominant de la sensibilité est souvent le pre-
mier degré des états mélancoliques. On voit
des malades sur le point de devenir aliénés
dans la période d'incubation, qui commen-
cent par éprouver une exagération de la
sensibilité. Ils ne peuvent vivre de la vie
commune, parce que tout ce qui, autrefois
produisait sur eux une impression ordi-
naire, devient la cause de souffrances tell-
ment pénibles que, instinctivement, ils
cherchent à les éviter.

D'un autre côté, on observe l'état in-
verse; certains malades cessent d'être sen-
sibles, d'être impressionnables aux senti-
ments et aux émotions qui, d'ordinaire
remuent le plus profondément le coeur
humain; ils deviennent insensibles à tout
et le constatent eux-mêmes, car, ordi-
nairement, à cette 1re période, les mala-
des ont plus ou moins conscience de leur
état. Ils disent par exemple: J'ai perdu

toute affection pour mes parents, pour mes amis; je verrais mourir mes enfants, mon père, ma mère, que je n'en n'éprouverais aucune impression; je suis impardonnable; je mériterais la mort, j'ai cessé d'éprouver les sentiments humains

Il y a donc, dans l'état général de la sensibilité morale des symptômes qu'il faut étudier et qui constituent les premiers éléments de la folie commencante. Indépendamment de cette altération générale, on constate en outre des altérations partielles de la sensibilité. Certains sentiments, par Ex, sont atteints d'une façon particulière. Ce que l'on nomme d'un terme général, le caractère, se modifie profondément. Tous les auteurs ont noté cette transformation, comme l'un des symptômes principaux de la folie.

Presque toujours les personnes qui commencent à devenir aliénées, changent de manière d'être, de moeurs, d'habitudes

Elles cessent d'avoir les dispositions morales qu'elles avaient autrefois; elles se transform Un homme, jusqu'alors rangé, régulier da sa conduite, qui avait une vie extrêmemen méthodique, se livre à des excès, abandon ses habitudes, change de manière de vi Le symptôme précède de beaucoup les tro bles de l'intelligence.

On a cherché si les passions, c'est à dir les sentiments exaltés, ne devaient pas ê considérées comme l'origine de plusieurs f lies. C'est sur cette théorie générale, qu sont basées les études de la plupart des élèves de Pinel et d'Esquirol qui, eux mêmes ont pris les passions pour bas de leurs études dans la Folie. On é parti d'idées psychologiques; on s'e dit: il y a dans l'état normal de l certaines passions dominantes = celle de l'amour, celle de la religion. Les passions étant surexcitées, ayant des

les limites naturelles peuvent arriver jusqu'à présent la folie et, partant de cette donnée psychologique, fausse en général, on a créé les folies amoureuses, érotiques, religieuses. On a décrit des aliénés religieux qui représenteraient le degré excessif de ce qu'on a observé chez les personnes religieuses. Les pénitents de la Thébaïde qui se sont fait remarquer par l'excès de sentiments religieux naturels, deviendraient pour les auteurs qui admettent cette théorie, de véritables représentants de la folie religieuse. Eh bien, lorsque, au lieu de se borner à des théories philosophiques, on observe les aliénés tels qu'ils sont dans les asiles, il est facile de s'apercevoir que cette théorie est loin d'être exacte. Les aliénés dits religieux ne se font pas remarquer par une vraie passion religieuse. La plupart du temps, ils sont tantôt sous l'empire de la crainte de l'enfer de la damnation éternelle, de la punition divine, tantôt sous l'influence de l'orgueil, c'est à dire, la croyance à une mission

céleste. Ils croient qu'ils vont prêcher une nouv
religion, changer le monde, faire des prosély
C'est l'orgueil qui revêt chez eux la form
religieuse. Il en est de même pour les
timent de l'amour. Si vous étudiez att
tivement dans les asiles d'aliénés les
malades dits érotiques, vous voyez que les
uns sont atteints de certains phénomènes
plutôt physiques que moraux, comme
dans la nymphomanie ou dans le saty
riasis; ce sont des phénomènes accessoi
dans l'ensemble du tableau de la mal
die. Les autres, ceux que l'on a représ
tés comme érotomanes, sont en géné
des aliénés chroniques épris d'un perso
nage qu'ils n'ont jamais vu. Ainsi
des femmes sont éprises d'un prince
d'un personnage portant un grand
nom; et souvent elles poursuivent ce gr
personnage de leurs obcessions, de leurs
lettres, de leurs visites, alors même qu

n'ont reçu de lui aucun témoignage d'affection, et qu'elles n'ont aucune raison pour s'attacher à lui plutôt qu'à un autre. Ce n'est pas là de l'amour dans le véritable sens du mot. L'aliéné s'attache dans ce cas à une idée prédominante plutôt qu'à une autre.
Il importe donc de défalquer un grand nombre d'aliénés dits religieux ou dits amoureux du nombre de ceux que l'on range dans ces catégories. Sans doute le sentiment religieux et celui de l'amour peuvent être exaltés dans la folie, mais ils sont loin de l'être toujours dans les folies religieuses et amoureuses.
Il en est de même des impulsions et des penchants. On a admis certaines monomanies qui ne seraient autre chose que le développement exagéré de certains penchants normaux. Ainsi, par ex., pour la monomanie homicide, on a dit que les malades avaient le besoin de tuer, le désir de verser le sang. Marc, par ex., dans son traité de ~~son~~

médecine légale, rapporte des cas, dans lesquels
le penchant au meurtre serait uniquement
surexcité, sans autre phénomène maladif.
Or, quand on observe les aliénés tels qu'
ils sont, il est très rare de voir ce seul
penchant surexcité. Dans la plupart des
cas, il existe un grand nombre de phéno-
mènes concomitants qui viennent comp-
léter le tableau de l'affection et don-
nent au malade des caractères nomb[reux]

Il en est de même pour le vol
ou la cleptomanie. On a dit que certains
individus étaient poussés par un ins[tinct]
maladif consistant à s'approprier le b[ien]
d'autrui. Il y a, en effet, quelques
cas dans lesquels on peut admettre q[ue]
ce penchant, s'il existait à l'état nor-
mal, puisse être surexcité par la mala-
die ; mais, dans la plupart des cas,
au contraire, cet acte a, chez l'aliéné,
le même caractère que tout autre

et il varie suivant la forme de la maladie. Ainsi, l'aliéné paralytique ne vole pas comme l'aliéné hystérique. Le paralytique vole pour s'approprier les objets comme s'ils lui appartenaient; l'hystérique vole pour s'approprier les objets faire des riches, pour nuire, pour être désagréable, pour faire chercher un objet, plutôt que pour se l'approprier.

Il ne suffit donc pas de constater certains actes ou certaines idées pour conclure à l'excitation d'un sentiment ou d'un penchant. Tous les aliénés religieux, tous les érotiques, n'ont pas l'exaltation de l'amour, tous les cleptomanes ou tous les homicides n'ont pas l'exaltation du penchant au vol ou au meurtre. Il faut pénétrer plus avant dans l'observation, pour distinguer les cas dans lesquels ces divers phénomènes sont accessoires, secondaires, et ceux dans lesquels au contraire, il y a un penchant principalement surexcité, un fait dominant

dans l'état normal. En parlant des diverses variétés de délires partiels, je reviendrai sur ce fait que j'indique aujourd'hui d'une façon générale.

Ainsi, Messieurs, si l'on étudie les phénomènes élémentaires de la Folie, on trouve chez les aliénés des sentiments naturels surexcités, des impulsions naturelles également surexcitées mais il ne faut pas voir cela, des impulsions naturelles également surexcitées, mais il ne faut pas voir cela comme fait unique et isolé et constituant une monomanie, il faut le réunir à l'ensemble du tableau de l'état maladif pour représenter les aliénés tels qu'ils sont et non comme on se les imagine, à priori d'après des données empruntées à l'état normal.

Après vous avoir parlé des lésions des sentiments et des penchants d'une façon générale, je dois vous dire quelques mots des diverses périodes et de diverses formes

dans lesquelles on rencontre surtout ces lésions. C'est dans la période d'incubation que l'on observe surtout des altérations profondes du caractère et des sentiments. Les personnes qui vont devenir aliénées, présentent, en général des troubles de la sensibilité. Comme je vous le disais tout à l'heure, la sensibilité est troublée en plus ou en moins. Les malades sont impressionnés péniblement par le monde extérieur; ils voient tout en noir, tout les fait souffrir et les impressionne douloureusement. Ils préparent, en quelque sorte, par ce premier stade, la période ultérieure de mélancolie confirmée.

Guislain aliéniste Belge très distingué a posé en principe, que toute folie, sans exception débutait par un stade mélancolique. Si l'on entend par là une altération générale de la sensibilité, il pourrait avoir raison. Dans la plupart des cas, en effet

il est très vrai que, dans la 1re période, le malade commence par être affaissé, triste et plongé dans la prostration. Lorsqu'on recherche par Ex, les antécédents d'un malade atteint du délire des grandeurs, on reconnaît chez lui un premier stade de mélancolie. On l'a observé pour la paralysie générale et c'est vrai également dans la plupart des cas de folie. On découvre presque toujours ce fait initial qui avant d'avoir manifesté des conceptions délirantes, le malade a été triste, qu'il s'est senti malheureux, affaibli, affaissé, qu'il n'était plus apte à remplir ses occupations ordinaires, qu'il éprouvait aussi des symptômes de profonde faiblesse et de fatigue. Il importe de signaler ce fait et de le faire rentrer dans les lésions de la sensibilité morale.

Une fois la folie confirmée, c'est dans les formes impulsives ou affectives, qu'on rencontre surtout les troubles des sentiments et des penchants. Ces formes n'ont pas encore décrites au point de vue clinique. Esquirol et d'autres auteurs en ont parlé mais ils en ont fait une description plutôt théorique que clinique.

Rien n'est plus difficile, en effet, que de décrire les folies raisonnantes. On a, dans la plupart des cas décrit plutôt des cas travers de caractère de l'état normal que de véritables altérations des sentiments et on a ainsi prêté le flanc aux attaques des Magistrats des philosophes, des Journalistes, tous étrangers à la médecine mentale. Il y a une base vraie dans ces attaques parce que les aliénistes ont suivi une mauvaise direction. M Trélat dans son ouvrage sur les folies lucides. M Campagne, dans son traité sur les folies raisonnantes, ont cité des cas empruntés à l'état normal

plutôt qu'à l'état morbide. Ces formes, en effet, se rapprochent tellement de certains caractères de l'état normal que, dans leur description, il y a un écueil à éviter. Pour cela, il faut décrire plus pratiquement les folies raisonnantes et instinctives observées dans la nature. Si l'on dirige ses observations à ce point de vue, on verra que les aliénés raisonnants appartiennent à une forme bien caractérisée, et on pourra en donner une description plus pathologique que celle qui existe dans la science. On verra que ces aliénés ne sont pas des gens ayant un caractère mauvais, altéré, mais qu'ils présentent certains phénomènes complètement distincts de ceux de l'état normal et qui peuvent faire reconnaître la maladie.

Ceux qui ont observé de véritables aliénés raisonnants savent, en effet, que

dans leurs actes, leurs paroles, leurs écrits, ils diffèrent totalement de l'état normal. Ce ne sont pas des gens méchants, violents, orgueilleux, jaloux, comme on l'a dit. Avec ces travers de caractère, ils présentent, de plus, des actes bizarres, singuliers, comme ceux qu'ont rapporté M M Trélat et Campagne, en un mot des actes absolument déraisonnable, sans rapport avec le penchant ou le sentiment surexcité. Ainsi, chez les malades dits jaloux, méchants, on rencontre la manie de collectionner de petits papiers, des objets malpropres, et de les mettre dans leur poche. D'autres n'osent toucher certains objets, comme une cuiller ou une fourchette; ils craindront que leur habit ou leur robe ne touche la muraille ou bien une personne voisine. Tout cela complète le tableau de la maladie et fait de ces aliénés des Etres à part. Il faut donc

donc les présenter tels qu'ils sont avec leurs aié
leurs parodes et leurs écrits ; car presque tous
ont, dans ces écrits, une physionomie absolu
ment différente de celle de l'état normal.
Il suffit de les présenter à un médecin ha
bitué à les voir, pour qu'il établisse de
suite son diagnostic. Les malades écrive
beaucoup, presque toujours d'une façon in
cohérente ; la fin de leurs écrits ne se relie
en rien avec le commencement. Il y a bea
coup de mots soulignés ou placés d'une fa
çon bizarre ; des dessins y sont intercal
ce sont des arabesques, des compositions
excentriques. Je regrette de ne pas vous e
avoir apporté ; mais quand on a vu une
fois des écrits d'aliénés raisonnants
on reconnaît qu'ils se ressemblent tous
et ont un caractère commun qui per
met de les distinguer. Tout cela est

une preuve de plus qu'il ne faut pas admettre la monomanie comme un délire limité à un seul point. Dans la folie raisonnante, il y a bien des lésions des penchants et des sentiments. Il est certain que les malades de ce genre se rapprochent beaucoup de l'état normal, mais indépendamment de cela, il y a à tenir compte des accessoires de la maladie ; il faut noter, en outre, d'un caractère mauvais, altéré ; des troubles dans les actes, dans l'intelligence, dans la parole, dans toutes les manifestations, par écrit ou autrement. Il faut, en un mot, étudier le malade dans son ensemble et ne pas se borner à certains traits principaux.

Nous avons encore certaines variétés de la folie dans lesquelles on constate des altérations des sentiments et des penchants. Ainsi, par ex. dans l'exaltation mania-

ques qui alterne avec une dépression mélancoli
dans la folie circulaire ou à double forme. Ces
malades ont presque tous une exaltation ex
traordinaire des sentiments ou des penchants
Non seulement ils sont érotiques, violents, vin
dicatifs, disposés à la querelle, mais quelque
fois même ils sont portés à briser les obj
à déchirer leurs vêtements et à frapper ceu
qui les entourent. Quelques uns peuvent
même aller jusqu'au meurtre et aux at
tes les plus violents. Cette exaltation se
présente dans l'état maniaque à divers
degrés mais elle est plus constante dans
l'état maniaque simple. Les maniaqu
incohérents, à délire général, ont certain
ment des impulsions, des penchants vi
violents, mais il y a en même temps chez
eux des manifestations, douces, gaies
hilarantes; un ensemble de phénomènes
variés qui se succèdent avec une rapidi

tandis que dans l'exaltation maniaque simple, les mauvais penchants et les mauvais sentiments sont souvent plus développés.
Il me reste encore à dire quelques mots de la convalescence et de la période terminale quand la maladie aboutit à la guérison.

De même que l'on a constaté l'altération des sentiments, comme le premier phénomène de la folie, c'est presque toujours par le retour des sentiments affectueux que se signalent la convalescence et la guérison. Quand un malade demande à voir ses parents, ses amis, manifeste des sentiments sociaux et éprouve un désir de communiquer avec ses semblables, c'est bien plus important que la disparition même des conceptions délirantes.

En effet, certains malades qui ont cessé d'avoir des conceptions, conservent

encore des sentiments altérés et pervertis, et par conséquent ne sont pas guéris.

Vous le voyez donc, Messieurs, tout en étudiant l'aliéné en général, il est possible d'arriver à quelques données pratiques.

Dans la séance prochaine, je chercherai à vous indiquer les troubles de l'intelligence correspondant aux troubles des sentiments. Ensuite, je parlerai des illusions, des hallucinations, des phénomènes physiques et j'arriverai promptement à la pathologie spéciale.

3me Leçon

Mardi, 7 Décembre 1869

Messieurs,

Je vais continuer aujourd'hui l'étude de la pathologie générale, en vous parlant des troubles élémentaires des facultés intellectuelles dans la folie ; de même que dans la dernière séance je vous ai parlé des lésions de la sensibilité morale des sentiments et des facultés instinctives dans l'aliénation mentale, envisagée d'une manière générale.

Il était nécessaire, avant d'aborder la pathologie spéciale de la folie, de vous donner quelques indications générales sur les lésions des facultés dans la folie considérée comme maladie unique. Mais, dès la 1re leçon, j'ai

eu le soin de vous prémunir contre une tendance
à généraliser sur l'aliéné en général; mais
il ne faut pas exagérer, et il importe de poser,
dès le principe, quelques généralités. Vous sa-
vez tous, messieurs, que les Philosophes ont
divisé l'âme humaine en 3 parties, à savoir
la sensibilité, l'intelligence et la volonté.
Nous allons aujourd'hui considérer l'état
de l'intelligence chez les aliénés.

Parlons d'abord de l'état général de
l'intelligence. Il faut admettre 2 ordres de
lésions générales tout à fait opposées, les
unes par excès, les autres par défaut.
Tantôt, les facultés intellectuelles dans la
folie sont très affaiblies, descendent jusqu'à
la démence, jusqu'à l'absence de tout
mouvement et de toute activité intellec-
tuelle.

Ce phénomène est très frappant surtout dans
les maladies cérébrales.

J'insisterai plus tard sur ce caractère

mais pour l'instant je me borne à vous le si_
gnaler sous une forme générale. Quand on
aborde un de ces malades on constate que l'ac_
tivité intellectuelle est chez lui plus ou moins
affaiblie. Néanmoins, il peut encore vous donner
une idée assez nette de ce qui se passe dans son
intérieur, ou plutôt du vide considérable qui
existe dans sa pensée; la plupart du temps,
quand ces malades ne sont pas arrivés à
un degré extrême de stupeur, ils ont conscience
de l'état de lenteur de conception de leur es_
prit, ils sont les premiers à le dire, ils re_
connaissent eux-mêmes qu'ils ont perdu
leur intelligence primitive, qu'ils ne sont
plus capables de lire, d'écrire, que les idées
deviennent rares chez eux; ils ont, en un
mot, un sentiment de vacuité dans la
tête qui leur fait sentir qu'ils ont perdu
leur intelligence primitive, et même exa_
gérer leur état, de même que les hypochon_
driaques, par Ex. éprouvent des sensations

physiques dont ils exagèrent l'importance, de même, ces malades exagèrent leur état d'affaiblissement intellectuel, et si l'on vient à les consulter, il semblerait qu'ils ont perdu toute aptitude intellectuelle, tandis qu'ils n'ont réellement qu'un sentiment exagéré de leur faiblesse, seulement, et cela est vrai, ils ne sont pas capables de faire ce qu'ils avaient fait autrefois. Ils n'ont plus cette aptitude à relier les idées entre elles, comme à l'état normal. Ce caractère est très marqué chez les sujets qui furent très intelligents, ingénieux dans la conception et la manifestation des idées. Ces malades, quand ils sont atteints de cette affection, sont tellement transformés qu'ils arrivent au niveau des personnes très faibles, sous le rapport intellectuel. Il y a là un fait général important à noter qui existe chez la plupart de ces malades; c'est qu'ils sont susceptibles d'avoir conscience de

de leur état maladif, soit qu'ils s'exagèrent leur état maladif, soit qu'ils s'en rendent compte à divers degrés; mais ils constatent qu'il y a chez eux un affaiblissement certain de l'intelligence, une lenteur excessive de la conception. Le malade souffre quand il est obligé de penser, car le cerveau ne fonctionne plus dans son état normal. Cet état est plus prononcé dans les folies chroniques qui tendent à la démence. Dans ces conditions, il est évident que l'intelligence s'affaiblit et perd une grande partie de ses aptitudes, et enfin dans l'état extrême de la démence, dans la stupeur, dans l'idiotisme accidentel, le mouvement de la pensée est complètement suspendu. A peine le malade a-t-il quelques idées très vagues et quelques hallucinations qui surnagent au milieu de l'affaiblissement général de l'intelligence.

Cet état d'affaiblissement intellectuel est le véritable fond de la mélancolie

Il existe avec la diminution de la sensibilité morale dont je vous ai déjà parlé, et il constitue l'état de dépression intellectuelle qui porte sur toutes les facultés à la fois : la sensibilité, l'intelligence et la volonté.
A côté de cet état de dépression se trouve l'état inverse, c'est à dire l'état d'exaltation. De même que certains malades ont un mouvement ralenti de la pensée, d'autres au contraire, acquièrent une activité d'intelligence excessivement grande et à un tel point, dans de telles proportions, que cette activité a étonné souvent beaucoup d'observateurs, et que ceux-ci en sont arrivés à conclure que certains aliénés pouvaient acquérir des facultés analogues à celles des hommes de génie. Cette surexcitation existe surtout dans l'état maniaque, dans le délire général et dans une variété de la Manie qu'on peut appeler l'exaltation maniaque. Dans ces circonstances

ces malades acquièrent une telle activité intel-lectuelle dans toutes leurs facultés qu'ils étonnent les assistants et qu'ils s'étonnent eux-mêmes de cette transformation. Ces malades possèdent tout-à-coup une grande facilité d'élocution, tout eux-mêmes très étonnés de ce changement : Des gens qui étaient au niveau intellectuel ordinaire, qui n'avaient rien de supérieur dans leurs facultés intellectuelles, deviennent tout-à-coup des hommes vraiment extraordinaires, et chacun s'étonne de l'activité de leurs facultés ; ils récitent avec une facilité extrême des prières entières d'auteurs classiques apprises dans leur jeune âge, leurs souvenirs se réveillent tout-à-coup ; Les souvenirs d'enfance, les diverses de leur existence reviennent à leur mémoire avec une netteté extraordinaire, et ces malades étonnent tellement par la facilité de leur élocution de leur

élocution et de leur mémoire, par l'ardeur de leur imagination que l'on est disposé à croire qu'ils ont acquis des facultés qu'ils n'avaient pas. Cette croyance est évidemment exagérée: on ne peut rien acquérir par l'effet d'une maladie. Des facultés endormies jusqu'à ce moment, peuvent se réveiller, mais ces facultés n'apparaissent que pour un temps donné, elles ne durent pas, et ne semblent se montrer que sous la surexcitation d'un coup de fouet qui les fait naître dans l'intelligence, toutes en même temps, à tel point qu'elles paraissent plus active et plus forte qu'auparavant, mais il faut bien se garder de confondre cette activité passagère avec la force intellectuelle. Sans doute, l'activité intellectuelle n'a pas acquis ce degré énorme de puissance qu'elle possède chez l'homme de génie. Il ne faut donc pas confondre, comme l'ont fait beaucoup d'auteurs et quelques médecins qui ont traité spécialement ce sujet

l'activité intellectuelle avec la puissance de l'intelligence. Ces malades étonnent par l'activité de leur mémoire, par la facilité avec laquelle ils trouvent un grand nombre d'idées mais ce ne sont que des idées vulgaires, habituelles et qui n'étonnent que par leur multiplicité.

La folie ne développe pas ces facultés éminentes que l'on ne rencontre que chez les hommes de génie, mais la folie surexcite les facultés natives de l'individu; j'aurai à insister plus tard sur ce sujet, en vous écrivant l'excitation maniaque; je mentionne aujourd'hui que le fait général.

Il existe donc dans la folie deux états complètement opposés de l'intelligence : la dépression et la surexcitation. Mais, indépendamment de ces 2 états opposés, il importe, pour compléter la description de l'état général de l'intelligence d'admettre une 3me situation mentale que l'on peut ap-

peler l'inertie ou l'indifférence; c'est à dire que les malades qui sont dans cette période, ne sont ni dans l'exaltation ni dans l'affaissement; seulement leur intelligence a baissé de niveau. Ils sont arrivés à l'état passif qui constitue le fond des folies chroniques. Les aliénés arrivés à l'état chronique tendent tous à la démence, à la débilité intellectuelle. Leurs facultés baissent de niveau, diminuent de force. Ils arrivent ainsi à un état d'inertie et d'immobilité qui ressemble à une sorte d'indifférence dans le moral; c'est là le fond des folies chroniques qu'il faut admettre comme l'intermédiaire entre l'activité des périodes aigües et la dépression des états mélancoliques. Mais pour bien comprendre l'état d'indifférence dans la folie, il ne suffit pas de se borner à ob.

server, il faut suivre momentanément les principes des Psychologues qu'on abandonne plus tard, mais comme il s'agit de pathologie générale, le procédé des psychologues peut avoir son utilité.

Il faut donc parcourir successivement les principales facultés que les psychologues ont admises dans l'intelligence humaine. Elles sont nombreuses et elles ont varié suivant les écoles; mais il y en a quelques unes qui sont admises par tout le monde et qui peuvent nous servir de base, par Ex, la mémoire. On a fait de nombreuses études sur les lésions de la mémoire. Ce sont des affections nerveuses ou mentales connues sous le nom d'amnésie ou affaiblissement de la mémoire, sous diverses formes. C'est un phénomène qui s'observe dans beaucoup de maladies nerveuses. Les maladies nerveuses qui présentent le plus d'altérations de la mémoire, sont les maladies névro-pathique générale dans

lesquelles on observe des lésions de la mémoire

L'état de rêve comporte des troubles assez considérables dans la mémoire : tandis que l'imagination est surexcitée considérablement, la mémoire perd souvent son activité. Ainsi l'intelligence est surexcitée pendant le rêve et cependant au réveil la mémoire ne nous rappelle plus les phénomènes qui se sont produits, ou bien ces phénomènes disparaissent à des degrés divers. Dans d'autres conditions, les rêves les plus actifs, les cauchemars ne laissent aucune trace dans la mémoire et l'on observe ce contraste si singulier, entre une grande vivacité de conception pendant le rêve et la suppression complète de la mémoire, après le réveil, C'est ce qui a lieu, par ex, dans le somnambulisme qui est caractérisé par la perte absolue de la mémoire, après l'accès. Des jeunes gens surtout, peuvent

pendant la nuit, sortir de leur lit, se promener au loin, même sur les toits, revenir se coucher, accomplir une foule d'actes, faire même des compositions écrites, laisser des traces de leur passage dans les endroits qu'ils ont parcourus et, le lendemain, ne conserver aucun souvenir de tous ces actes, cependant involontaires qu'ils ont accompli pendant le sommeil.

Ce qu'on observe dans le somnambulisme existe aussi dans la catalepsie. Le docteur Mesnet a fait, dans les archives de la médecine, un travail interessant qui repose sur une observation qu'on peut résumer dans les mots de double vie : il cite une personne atteinte d'une maladie nerveuse extraordinaire qui avait une double existence = l'existence du sommeil et celle de la veille, mais celle de la veille ne ressemble en rien au sommeil normal pendant lequel elle agissait, et accomplissait une foule d'actes qui demandent de la volonté et cependant, à son réveil, elle n'en conservait aucun souvenir. Chose bizarre qui

constituait cette double vie, c'est que lorsqu'un nouvel accès la prenait, la malade récupérait complètement le souvenir des actes qu'elle avait accomplis pendant l'accès précédent et, à un tel point, qu'elle accomplit plusieurs tentatives de suicide, pendant son sommeil; cette tentative était motivée, préméditée et avait nécessité une grande justesse d'idées et d'actions; tous ces faits, à son réveil, étaient complètement effacés de sa mémoire, mais quand elle retombait dans un accès, elle racontait avec facilité les tentatives de suicide, les plus légères ~~cons~~ circonstances, tous les faits les plus minutieux qui les avaient accompagnés. Elle avait donc deux mémoires: la mémoire de l'état de veille et celle de ce sommeil anormal.

Le Dr Cerise avait préparé précisément sur ce sujet un travail dans lequel il avait étudié ces phénomènes dans tous leurs développements, mais il mourut avant que ce

travail fut terminé ; il faut espérer que ce travail sera complété avec les documents qu'il a laissés et que nous pourrons profiter de sa vaste expérience sur ce sujet.

L'épilepsie, comme vous le savez, Messieurs, entraîne très fréquemment un état de trouble mental qui a pour caractère principal la perte de la mémoire à divers degrés ; ce caractère est même si fréquent, presque constant, qu'il peut servir au point de vue médico-légal, quand un de ces malades accomplit diverses actes, dans ses attaques : il en a presque perdu le souvenir après la guérison et, quand il se trouve, par ex, devant les tribunaux, il ne se rappelle plus les actes qu'il a accomplis. Alors les magistrats voient souvent, dans ses dénégations, les preuves d'une culpabilité, tandis que ce malheureux n'a plus le moindre souvenir des actes qu'il a accomplis. Ces phénomène existe non seulement dans les accès maniaques violents qui coïncident

avec l'épilepsie, mais même encore dans les accès les plus légers. Quand un de ces malades a un trouble mental léger qui lui permet d'aller, de venir, d'accomplir certains actes qui nécessitent de la préméditation; il semblerait qu'il n'a pas perdu la conscience de son état, et, par conséquent, le souvenir des différents actes qu'il a accomplis ; il n'en est rien. L'épilepsie a pour caractère principal de faire perdre la mémoire, dans les plus grandes attaques comme dans les plus petites ; dans le vertige délirant comme dans le vertige physique proprement dit la mémoire se perd. C'est un fait très essentiel à noter et qui doit figurer comme caractère spécial du trouble mental chez les épileptiques.

Vous voyez donc, Messieurs, que les lésions de la mémoire méritent d'être étudiées dans les maladies nerveuses, mais il importe de remarquer que dans les diverses variétés de la folie est loin d'être perdu

chez les aliénés, car il y a plutôt en général, une grande excitation de cette faculté. Les aliénés se rappellent non seulement ce qu'ils ont fait avant leur maladie, mais même ce qu'ils ont fait pendant leurs accès, et l'on voit qu'ils racontent des actes dont les assistants avaient perdu le souvenir; le malade peut raconter ce qu'il a fait, ce qu'il a dépensé pendant sa maladie. La perte de la mémoire n'est donc pas un caractère constant de la folie et l'on peut dire que, dans la plupart des cas de folie, le jeu de la mémoire est conservé. Ainsi, dans les maladies poussées jusqu'à la stupeur, dans cet état de trouble mental que M Baillarger a très bien étudié dans cet état, où le malade passe des mois, des années, dans l'immobilité la plus absolue, sans prononcer une seule parole, dans l'attitude d'une statue, malgré cette apparence, la mémoire est conservée, et ces malades

qui sont, la plupart du temps, sous l'influen
d'hallucinations terrifiantes, qui se croient
dans les flammes de l'enfer, ces malades
sont épouvantés, et, néanmoins ils peuvent,
après leur guérison, rendre compte des divers
phénomènes qu'ils ont éprouvé pendant les a
cès. Ils peuvent raconter quelles étaient les
hallucinations qui les dominaient et qui
les transformaient en statue et qui les con-
damnaient à l'inaction la plus absolue.
M. Baillarger a rapporté beaucoup d'exem-
ples dans lesquels des aliénés passaient d
mois, des années dans l'immobilité la pl
absolue et il s'est appuyé sur un fait
principal, pour affirmer que dans ce cas
l'intelligence n'était pas complètement
suspendue, si ce n'est dans l'état de
démence, mais que dans la mélancolie
avec stupeur l'intelligence n'était pa

éteinte et que l'état intérieur tel qu'il était rapporté, dénotait une activité intellectuelle plus grande qu'on ne l'aurait supposé, d'après les manifestations apparentes.

Il faut arriver jusqu'aux maladies organiques du cerveau, pour trouver dans la folie des exemples d'affaiblissement de la mémoire; cet affaiblissement est même un signe presque certain d'incurabilité. Lorsque l'on constate la faiblesse permanente de la mémoire, on doit en conclure que la maladie est déjà chronique, à l'exception toutefois, des cas que j'ai signalés de névropathie ou d'épilepsie. Tantot cet affaiblissement est total; c'est le fait le plus fréquent et la mémoire baisse d'une manière générale; tantot quelques mémoires spéciales sont affaiblies. Dans la folie proprement dite, il n'y a qu'une lésion de la totalité de la mémoire. La perte de la mémoire porte, par exemple,

par exemple sur les faits récents ou sur les faits anciens. Ainsi, dans la démence sénile la mémoire des faits récents s'efface et la celle des faits anciens persiste. Dans les affections cérébrales au contraire la mémoire peut être atteinte d'une manière partielle ou légè[re]. Les faits d'amnésie partielle sont tellement intéressants, ils sont devenus tellement l'obj[et] de l'attention que c'est un état nouvelle[ment] décrit qui consiste soit dans une amnésie partielle, soit dans une perte [de] la parole due à des causes diverses. Je [ne] veux parler ici que la perte partielle qui peut porter sur des noms propres, sur certains substantifs, sur des dates. Il y a beaucoup de personnes qui, à l'état nor[mal], n'ont pas cette mémoire, mais ch[ez] ceux qui l'ont eue et qui la perdent tout-à-coup et à un degré tel tel qu'il est impossible de trouver un seul

nom, même des plus connus, et cela va quelquefois jusqu'à leur propre nom. Cette perte complète de certaines mémoires est un signe d'affection cérébrale qui commence.

ou souvent aussi le signe d'une affection organique du cerveau. On voit à la suite de chute, des mémoires partielles disparaître, mais même celle des faits qui avaient immédiatement précédé cette chute. On cite des Ex. d'individus qui étant à cheval tombent et qui oublient les faits qui ont précédé leur chute; ils ont oublié qu'ils avaient parcouru telle route, qu'ils étaient accompagnés de telle personne et que c'est dans telle société qu'a eu lieu leur chute. Il y a là quelque chose d'analogue à ce qui se passe pour la vision, dans les phénomènes de la continuité des affections de la rétine. Dans certains cas, il est reconnu que dans l'état de la rétine les impressions ont besoin d'une certaine durée, pour pouvoir se fixer, et que certaines impressions durent après que les objets ont cessé d'être perçus: C'est

sur ce fait qu'est basé par Ex, le kadéhoscope.
Or, le même phénomène a lieu pour la mémoi
Il semblerait qu'une chute, qu'une percussion
sur le cerveau a effacé le souvenir des objets
qui n'ont pas eu le temps d'y fixer leur em
preinte. Ces faits mériteraient une grande étu
J'ai voulu seulement, Messieurs, indiquer ces
principales lésions de la mémoire et j'arrive
à l'association des idées.

Pour certains Philosophes, l'association des
idées n'est pas une faculté = ce n'est que l'ex
pression des lois générales de l'intelligence
humaine. Quoi qu'il en soit, c'est un fait
incontestable. Nos idées s'associent d'apr
certaines lois qui ont été étudiées par les phi
losophes. Vous connaissez ces lois: la loi des
semblables et des dissemblables. Je n'ai
pas besoin d'insister sur ce point. Chez les
aliénés cette faculté est souvent conservée
Les aliénés, en général, n'ont pas de in
cohérence dans les idées, du moins c'est

un fait rare dans l'aliénation et qui ne se produit que dans les maladies tout à fait chroniques. Chez les aliénés atteints du délire partiel ou général, les idées s'attirent et se succèdent et chez les maniaques qui délirent, les idées se succèdent avec une grande rapidité et, quand on suit leurs paroles, on remarque que la succession des idées est commandée par les mêmes lois qui les dirigent à l'état normal. Les malades jouent sur les mots, certaines consonnances attirent leur attention et appellent certains mots de même consonnance et tout à fait inattendues; les malades délirent sur les rimes, les mots se suivent d'après des rapports fortuits, mais c'est toujours dans une des formes de l'association des idées à l'état normal. Dans la plupart des formes des maladies mentales, l'incohérence n'existe pas, ou, lorsqu'elle semble exister, elle n'est qu'apparente. Dans la plupart des accès maniaques, si l'on pénètre plus avant, on

constate que le malade procède souvent pour par ellipse, c'est à dire que l'idée principale marche toujours, mais que la maladie ne signe pas les intermédiaires; il semble qu'il n'y a aucun rapport dans ses paroles, tandis qu'il n'y a qu'une succession très rapide dans la succession des idées. Ce n'est que

que l'on constate une véritable in cohérence, une incohérence absolue.

Des aliénistes ont écrit sous la dic tée de malades des mots sans suite, tel qu'ils étaient prononcés, et l'on a ainsi re cueilli des discours dans lesquels il est i possible de retrouver une solidarité, un lien quelconque, mais ces Ex d'incohér sont très rares, et il importe de les con stater: ils sont rapportés sous le titre de lésion dans l'association des idées c les aliénés.

Ce que je viens de dire de l'association des idées peut s'appliquer au raisonnem

qui n'est qu'un procédé mécanique de l'intelligence humaine : procédé soumis à des lois rigoureuses étudiées par les Philosophes, par les logiciens, par Aristote qui a donné à cet égard le code du syllogisme. Le syllogisme tel qu'il a été créé et tel qu'il existe, c'est-à-dire, l'induction et la déduction, se trouve chez les aliénés comme chez l'homme jouissant de toutes ses facultés et la plupart des aliénés ne déraisonnent pas dans le sens rigoureux du mot. Le mot de déraison qui est très souvent donné lieu à une foule d'erreurs ; quand on dit qu'un individu raisonne, on peut dire qu'il manque de raison, mais l'aliéné ne manque pas pour cela pour cela de raisonnement. Le raisonnement et la raison sont deux choses distinctes. Le raisonnement est un mécanisme que la nature nous fournit pour déduire certaines idées les unes des autres, pour faire découler les consé-

quences des prémisses et ce mécanisme est chez l'aliéné, presque autant développé que chez l'homme jouissant de toutes ses facultés, les aliénés délirent, mais en partant d'un point de départ faux. Or, ceci existe non seulement dans le délire partiel, mais même dans le délire général. Dans l'état maniaque, on surprend chez ces malades des séries de raisonnement parfaitement logiques étant donné un point de départ. Le malade voyant apparaître une personne qu'il n'a encore jamais vue et partant de cette notion fausse en déduit des conséquences parfaitement justes. Il se rappelle à cette occasion, tous les faits anciens relatifs à cette personne, il lui adresse des phrases qui sont en rapport avec ses idées; il engage une conversation avec cette personne dont il méconnaît l'existence réelle

mais cette conversation est parfaitement logi-
que dans toutes les idées. Le raisonnement
n'est donc supprimé réellement chez l'aliéné
et toutes les personnes qui ont éprouvé du
délire, à la suite d'une fièvre et qui ont
pu observer elles-mêmes savent très bien
que, pendant ce délire, tout en étant
victimes d'une foule d'illusions, quoique
partant d'une idée fausse, on raisonne
parfaitement sur ces différents faits, et
que l'on en tire des conséquences qui sont
logiques et en concordance parfaite avec
les prémisses, et cela même dans le délire
le plus aigu.
Ce n'est donc que dans les formes tout
à fait chroniques que l'on voit disparaître
ces fondements inébranlables de l'intelli-
gence humaine, la mémoire, l'association
des idées et le raisonnement. Le raison-
nement, cette faculté essentielle de l'hu-

telligence humaine mais secondaire, cependant, puisqu'elle constitue une sorte de mécanisme automatique, ne disparaît que dans les formes les plus chroniques de la folie, quand on approche de la démence, on peut perdre la faculté de raisonner comme on perd la facul-té de la mémoire, de l'association des idées mais ce qui manque chez l'aliéné, ce n'est pas cette faculté, ce sont des facultés su-périeures, des facultés qui constituent l'homme à l'état d'être distinct dans la création qui séparent les hommes les uns des autres, ce sont des facultés de jugement, de dicernement, de réflexion, la raison en un mot, employée par la volonté pour découvrir tout ce qu'il y a de plus élevé. Ce sont ces facultés supé-rieures de jugement et de dicernement qui sont surtout supprimées dans la folie. C'est ce jugement principal

fondamental qui disparaît ou qui est amoindri, aveuglé par l'état maladif. C'est donc dans cette sphère élevée et supérieure de l'intelligence qu'il faut chercher les lésions. Or, découvrir ces lésions de la raison, du discernement, du jugement chez les aliénés, c'est une chose très souvent difficile à constater pour les observateurs. C'est ce qui a conduit à confondre l'erreur et à la folie, ce qui a entraîné des conséquences fatales, comme par Ex. le traitement moral. On a assimilé l'erreur à la folie, on a considéré les aliénés comme des Etres qui, par suite de lésions accidentelles, se chausaient d'une idée fausse et on a cherché à combattre cette erreur par le raisonnement, par la crainte, par tous les moyens de supplice moraux. Cette méthode doit être complètement abandonnée. Ce qui distingue l'aliéné, ce n'est pas d'avoir des idées délirantes, des illusions, des hallucinations, ce qui le distingue de l'état normal

c'est la perte de la raison, de cette facul
de jugement et le discernement qui préside
à la conception de nos idées, qui nous empêche
d'en accepter d'autres vraies ; c'est ce choix
qui constitue l'intelligence supérieure et dont
l'absence se fait sentir chez les aliénés. Ils
manquent de raison, il est étranger à la
lumière, mais pourquoi ? C'est parce qu'il
n'a pas les mêmes aptitudes que l'homme
à l'état normal. Il n'a pas le sens com
mun, il n'a pas cette aptitude à juger
les choses de la vie usuelle, réelle, comme
les autres hommes. Il n'a plus le senti-
ment des convenances, il n'a plus en un
mot tout ce qui constitue la raison com-
mune. C'est pourquoi il est bien plus
facile de juger un aliéné par certains actes
étranges qu'il commet en public que
certaines idées bizarres qu'il explique à
tout venant ; un homme qui se présen-

serait dans une réunion publique avec un costume tout à fait déplacé, serait plus aisément un aliéné qu'un homme qui exprimerait certaines idées bizarres qui, par elles-mêmes, ne peuvent pas entraîner une idée de folie.
Il faut donc plutôt juger les aliénés par tous leurs actes que par l'expression de leurs idées, car ces actes sont bien plus l'expression du sens commun, dans la vie habituelle de l'homme.
C'est surtout dans l'étude de la folie géné raisonnante que la constation de ce fait général acquiert de l'importance. Les folies raisonnantes qui sont si souvent contestées par les Magistrats et par les Journalistes doivent être étudiées dans l'ensemble de l'individu malade, dans sa conduite, dans sa manière d'être. Ce n'est pas sur une idée sur un seul fait, mais bien sur la totalité de ses actions, de son existence qu'il faut le juger et se demander pourquoi il sort de toutes les règles et va à l'encontre

de toutes les choses admises par l'humanité, pourquoi cette absence de direction dans l'exis-tence générale de l'homme? Voilà le fond es-sentiel de la folie et ce qui la caractérise es-sentiellement, tandis que les idées délirantes n'ont qu'une durée tout à fait passagère.
Il est donc important, au point de vue du diagnostic, d'insister sur ces considérati[ons] qui, au premier abord, paraissent tout à fai[t] abstraites. Ce qui constitue l'aliéné, c'est sa rupture avec le sens commun; par cela seul qu'on devient aliéné, on change de manière d'[ê]tre dans son ensemble, l'intelligence se mo-difie dans sa totalité, et même dans le délire le plus restreint, il y a une modifi-cation totale, tant sous le rapport moral que sous le rapport intellectuel. On perd les aptitudes les plus élevées de l'huma-nité; on perd toute aptitude à gouvern[er] la vie, à diriger son existence.

Ceci m'amène, Messieurs, à vous dire quelques mots de la volonté. Il y a 3 Faces de l'esprit humain, de la nature intellectuelle et morale de l'homme chez l'aliéné, la volontée est altérée également en plus ou moins. Il y a d'abord une lésion de la volonté, en moins = ces malades ne sont plus capables de vouloir, ils ont perdu cette aptitude, et c'est faussé à un tel point que certains malades racontent eux-mêmes leur état; ils reconnaissent qu'ils ont perdu l'aptitude de vouloir se lever quand ils sont assis, ou de vouloir s'asseoir quand ils sont debout. Ces malades ne veulent pas manger, se coucher; il y a chez eux un abaissement radical de la faculté de la volonté, et, quoique ces malades aient conscience de leur état, ils n'ont pas la force de réagir; dans d'autres cas c'est l'inverse qui a lieu; certains maniaques violents ont une exagération de

la volonté : ils sont poussés à des actions extrêmement violentes et à tel point que le malade fait souvent des efforts énormes pour lutter contre les idées qu'il ne parvient pas toujours à surmonter. M Baillarger rapporte l'exemple d'un individu qui, pendant 27 ans a résisté à l'envie de tuer sa belle-mère, puis sa belle-soeur. Pour échapper à cette envie, il chercha tous les moyens possibles. Il y a donc pour la volonté les mêmes phénomènes que pour la mémoire absence de domination ou excitation de la volonté dans un certains sens, en vue d'un acte déterminé. Cette lésion doit être considérée comme un fait principaux de la folie et c'est ce qui fait que l'aliénation a pour caractère dominant la perte de la liberté humaine : le libre arbitre est supprimé par le fait de la folie.

On a discuté pour savoir si le libre arbitre était complètement supprimé : on a admis la responsabilité partielle de certains aliénés. Certains auteurs ont cru que les aliénés pouvaient être responsables de certains actes, tandis qu'ils ne l'étaient pas de certains autres, mais il est bien évident que la responsabilité est éteinte dans la folie, du moins à un certain degré : la responsabilité est éteinte parce que la liberté n'existe pas ; or, la liberté est la possibilité de faire un choix et il y a deux éléments dans ce choix : l'impulsion et la résistance. C'est une force de statique intellectuelle et morale. ces deux forces se contrebalancent l'une l'autre dans l'état normal, nous sommes poussés dans un certain sens mais non d'une manière irrémédiable, car il y a d'autres facultés qui établissent une compensation et qui nous arrêtent au moment où nous accomplissons un

acte condamnable. Dans la folie, il n'y a plus d'égalité entre la force d'impulsion et la force de résistance = d'une part la force impulsive peut être exagérée, la résistance restant la même, d'un autre côté, l'impulsion peut être la même et la force de résistance affaiblie, c'est ce qui a lieu le plus souvent. Il ne faut pas croire que chez les aliénés l'impulsion soit très violente = au moindre effort, cette impulsion cesse et les impulsions violentes sont rares; ce n'est pas en vertu d'une impulsion exagérée que l'aliéné a accompli certains actes criminels c'est en vertu de la force de la résistance qui s'est affaiblie considérablement chez lui, et règle générale, les aliénés pèchent plutôt par le défaut de résistance que par l'exagération de la force d'impulsion. Il y a quelques malades qui ont cependant des impulsions exagérées, mais c'est là l'exception; ces malades sont, en quelq

sorte, automatiques; ils sont d'une grande irritabilité, parce qu'ils n'opposent aucune résistance, et ils cèdent à leurs penchants, sans établir la moindre réaction. L'équilibre normal est rompu puisque la force d'impulsion restant la même, la force de résistance est diminuée.

A ce propos je dois vous dire quelques mots de la conscience. Ce mot, en philosophie, a plusieurs sens. Tous les philosophes ont distingué la conscience morale de la conscience psychologique. La conscience morale est cette faculté que tout le monde appelle la connaissance du bien et du mal qui dirige tous les hommes et qui a pour conséquence le remords, quand cette facultée n'est pas respectée. Ce n'est pas cette conscience qui est supprimée chez les aliénés car ils conservent presque tous le sens du bien et du mal et la preuve en est qu'on parvient à la diriger

dans une certaine mesure, par les récompenses et les punitions et s'ils n'avaient pas le sentiment du bien et du mal on n'obtiendrait certainement pas de résultats par cette méthode. Ce n'est donc pas la conscience morale qui est supprimée et ce n'est pas non plus la conscience psychique, dans le sens rigoureux du mot; c'est à dire qu'ils ont un témoin intérieur, un spectateur intime qui assiste aux idées, aux sensations qu'ils éprouvent. L'aliéné s'observe lui-même, il s'analyse, il est témoin de ce qui se passe dans sa tête. La plupart des malades ont conscience des idées qui leur viennent, des actes qu'ils accomplissent et, la preuve, c'est qu'ils en conservent le souvenir. Après la guérison ils ~~épro~~ racontent ce qu'ils ont éprouvé au moment des plus violents paroxysmes

Il y a donc chez eux conservation de la Conscience. De même que la vue et l'ouïe peuvent nous mettre au courant de ce qui se passe dans le monde extérieur, de même le sens intime intérieur persiste souvent, et permet à l'aliéné d'avoir connaissance de son état, c'est à dire, l'appréciation de son état maladif et des phénomènes qu'il éprouve. Ainsi, lorsqu'on est sous l'influence d'un cauchemar, il arrive que l'intelligence est comme dédoublée. D'une part, une action physique produit des sensations multipliées, des idées bizarres, étranges qui se remplacent et se succèdent avec rapidité, mais d'autre part le moi humain assiste en spectateur passif à cette fantasmagorie délirante ; il voit défiler devant lui les choses les plus étranges, il les constate jusqu'à

un certain point, que ce sont des phénomènes maladifs. Tantôt il en est dupe et tantôt il parvient, au contraire, à se préserver de l'entraînement et à rester indépendant du mouvement qui se passe sur la scène. C'est comme un spectateur qui, alternativement, passerait sur la scène ou dans les coulisses. L'aliéné assiste au mouvement de la pensée comme un spectateur ordinaire et complètement indépendant tandis que, d'un autre côté, il est entraîné sur la scène et participe au mouvement général de la pièce et alors il est victime d'une illusion. On observe ces phénomènes dans les rêves dans les délires aigus et dans la folie. Dans la plupart des cas, le malade ne s'aperçoit pas de son état et il est dupe d'une illusion, il est captivé,

entraîné ; il n'a plus conscience de son état, et l'on a fait de cela un des caractères principaux de la folie. Mais ce serait une erreur très grave de ~~croire~~ prononcer une formule aussi absolue. Il y a des formes de maladies mentales dans lesquelles le malade conserve la conscience de son état et, quelquefois même, exagérée. Le malade est alors au moral ce que les hypochondriaques sont au physique. Il s'en afflige, s'en alarme, et sait que ces phénomènes sont le résultat maladif ; la conscience de son état n'est donc pas entièrement supprimée chez certains aliénés, mais, en général, elle n'existe pas dans l'aliénation mentale.

4me Leçon

Samedi, 4 Décembre 1869

Messieurs,

Je vais continuer aujourd'hui l'étude des trou-
bles élémentaires de l'intelligence ou des fa-
cultés intellectuelles dans la Folie. Je m'étai[s]
arrêté, dans la dernière séance, à l'exam[en]
rapide des lésions des principales facultés
admises par les Philosophes, c'est à dir[e]
de la mémoire, de l'association des idées
du jugement, de la volonté, de la conscien[ce]
et de la liberté morale. J'ai voulu vo[us]

donner un aperçu rapide de ces lésions observées dans l'aliénation mentale en général. Je me reste à dire quelques mots de la production des idées sont un des caractères principaux de l'aliénation mentale, c'est le caractère qui frappe, à 1re vue, celui qui fixe même seul l'attention de la plupart des personnes qui observent les aliénés. Quand on observe un aliéné, au lieu de s'occuper des aliénés dans leur ensemble au lieu de s'occuper de la sensibilité de ses penchants, de ses sentiments, on s'occupe surtout des idées fausses exprimées par le malade. On a ainsi des observations que mon bère que mon père a appelées avec beaucoup de justesse des observations de romanciers et de littérateurs. On se borne à noter que tel malade se croit roi, empereur; que tel autre a des idées de persécution; tel autre a des idées

de persécution ; tel autre à des idées mélanco-
liques, se croit ruiné, damné. On décrit
souvent dans les formes les plus pittoresques,
les plus littéraires, les idées les plus saillan-
les plus étranges exprimées par les aliéné
C'est ainsi, malheureusement, qu'ont été
trop souvent rédigées certaines observations
publiées par des hommes très distingué
dans la spécialité des maladies mental
On peut raconter ainsi les histoires que
les malades exposent même dans un cou
clinique, quand on les appelle devant
les élèves. On se borne alors à être,
pour ainsi dire un sténographe, écrivan
sous la dictée de l'aliéné ; faisant lui-
même sa propre histoire, racontant les
idées délirantes qui le préoccupent.
Tout cela est souvent raconté avec
esprit, avec de grands frais d'invent

et d'imagination, mais on ne cherche pas à pénétrer plus avant dans le fond même de l'état des malades.

C'est ainsi qu'ont été rédigées la plupart des observations de folie; tout le monde s'est cru compétent en fait d'aliénation. De même que des romanciers dans des romans devenus célèbres, des auteurs de pièces de théâtre avaient décrit certaines variétés de l'aliénation mentale, de même des Philosophes, des magistrats, des Journalistes se sont crus capables d'en décrire également aussi bien que les médecins. Cela tient à ce que l'on n'a fait que l'histoire des idées délirantes, au lieu de faire l'histoire complète de la maladie elle-même.

Ce n'est pas ainsi que l'on peut faire la Science et surtout de la médecine; ce n'est pas ainsi qu'on peut arriver à prévoir les événements de la maladie. Or, la médecine se compose surtout de diagnostic, de pronostic et de thérapeutique. Dès lors que vous vous bornez à faire de la narration, vous pouvez

faire des histoires interessantes capables d'amuser d'interesser même la curiosité publiques, mais vous ne pourrez faire d'observations vraiment scientifiques qui puissent servir au médecin, dans la pratique de son art.

Pour completer l'observation, il faut tenir compte du fonds sur lequel germent les idées délirantes de l'état général qui leur donne naissance, comme je vous l'ai dit pour la sensibilité. Cet état général peut se diviser en deux formes principales = dépression, extension. La dépression entraîne à sa suite un certain nombre d'idées qui ne peuvent en être séparées. Lorsque le malade mélancolique se sent triste, affaissé, incapable, il en résulte qu'il est malheureux et qu'il cherche des explications pour cette tristesse, cet ennui, les explications varient selon les époques sociales, le milieu dans lequel réside l'aliéné. Au moyen âge c'était l'idée du diable

les idées religieuses mal interprétées qui donnaient l'explication de l'état maladif. A l'époque actuelle, le même malade recherchera la cause de son délire extérieur qui l'entoure, par Ex, dans l'influence de la Police, du magnétisme, du patriotisme, de la Physique, de l'électricité, suivant la classe sociale à laquelle il appartient. Par Ex, à Bicêtre et à la Salpêtrière, où l'on reçoit les malades des classes inférieures de la Société, le plus souvent les malades accusent la physique ou la sorcellerie des impressions maladives qu'ils ressentent. Tandis que dans les classes plus élevées de la société c'est au magnétisme, aux sciences occultes, au spiritisme qu'ils ont recours pour la même interprétation de leurs sensations ou de leurs émotions maladives. Ainsi, pour bien comprendre l'aliénation mentale, il faut tenir compte de tous les

les éléments de la maladie, ne pas se borner à raconter les idées délirantes exprimées par le malade ; il faut pénétrer au fond de l'état maladif. Ce fond maladif est à la fois physique et moral. Dans toute maladie mentale il y a un élément nerveux, une maladie du système nerveux considérée dans son ensemble. L'aliéné surtout au début, dans la 1re période, alors qu'il n'est pas arrivé à la chronicité, est malade dans l'ensemble de sa constitution. Il faut étudier à la fois les faits physiques et les faits moraux dans leur ensemble, dans leur généralité et ne pas se borner à faire l'histoire des idées délirantes. Cependant, après avoir étudié ce fond maladif de la sensibilité et de l'intelligence, il est bon de noter les idées délirantes, de se rendre compte de la manière dont elles se produisent. A l'état

normal, il y a 2 modes de production pour les idées, les unes sont spontanées, nous arrivent on ne sait d'où; elles surgissent inopinément dans notre intelligence; elles semblent sortir de sous terre, sans être appelées par aucune idée antérieure, par aucun raisonnement. Le raisonnement est le mobile ordinaire de nos idées; cependant, quoi que cela soit le cas le plus rare elles peuvent spontanées, la spontanéité niée par certains Philosophes ne peut être contestée d'une manière absolue. On peut du moins admettre que, dans certains cas, il est impossible d'analyser leur production pour se rendre compte de leur génération: c'est alors qu'elles sont dites spontanées.

Dans d'autres circonstances qui sont les plus fréquentes, les idées normales de l'homme arrivent, en vertu de certaines lois. Ainsi l'association des idées, la mémoire les précèdent presque toujours. Quand nous nous

rappelons les objets, c'est à l'occasion d'une idée ayant avec une certaine analogie, un rapport de cause à effet, de coïncidence, un rapport de ton, de consonnance, un rapport de milieu pour des objets situés dans le même lieu, chez la même personne. C'est donc par l'association des idées que surgissent la plupart de nos conceptions, d'après des lois étudiées par les Philosophes.

Dans d'autres circonstances, les idées s'appellent par la forme du raisonnement; en vertu du syllogisme, d'une induction; voilà le mécanisme fondamental de l'intelligence humaine.

Or, ces lois de l'état normal ne sont pas complètement renversées dans l'état maladif. Ainsi, les aliénés voient presque toutes leurs idées se produire d'après les mêmes lois que dans l'état normal

Tantôt elles sont spontanées, sans cause appréciable comme dans le délire aigu ou dans l'état maniaque. Les idées surgissent inopinément; presque sans causes du moins appréciables par l'observation ou par le malade lui-même. Ceux qui sont soumis à l'intoxication par le haschich, par le Datura ou par la Belladone ont pu analyser ce qu'on a nommé cet automatisme de la pensée. Les idées surgissent et arrivent, sans que l'esprit puisse se rendre compte du mode de leur production. Des hommes distingués, des médecins se sont étudiés sous cette influence. Mr Moreau de Tours a écrit un livre très intéressant sur ce sujet: ils ont reconnu que leurs idées surgissaient sans aucune raison d'être

appréciables. Dans le délire du haschich, c'est très facile à étudier; le malade conservant la conscience de son état, est dédoublé en quelque sorte. D'un côté, il éprouve des sensations, des impressions, des émotions et des idées qui lui sont complètement étrangères et, de l'autre, il assiste en spectateur passif à cette production spontanée d'idées délirantes. L'observation de soi-même est donc facile, à moins que la dose du poison ne soit trop forte et que la personnalité humaine ne soit entraînée dans le tourbillon général des idées: car jusqu'à un certain degré, l'action du haschich laisse assez exact des impressions pour qu'on puisse les raconter, après la cessation de l'action toxique.

Dans le délire aigu et dans celui de l'état maniaque, les idées surgissent souvent spontanément sans cause appréciable.

Il en est de même pour certains délires partiels qui n'ont pas été suffisamment étudiés et qui sont très curieux. Certains aliénés se chaussent d'une idée; ils voient tout-à-coup surgir cette idée, sans cause appréciable. Les uns s'imaginent être devenus comtes, marquis, princes. Cette idée leur est venue du jour au lendemain et elle persiste chez eux; la génération de cette idée est inexplicable par les lois normales de l'intelligence. Les aliénés chez lesquels elle se produit, mériteraient d'être étudiés séparément.

Quoi qu'il en soit, dans la majorité des cas les idées délirantes se produisent chez les aliénés, d'après les lois ordinaires de l'état normal, c'est à dire, en vertu des lois ordinaires de l'état normal, c'est à dire, en vertu des lois de la mémoire, de l'as-

sociation des idées et du raisonnement. Elles s'attirent les unes les autres, d'après les lois de la logique. En vertu d'une première impres-sion, d'une sensation, l'aliéné se trouve trans-porté comme dans un monde étranger, dif-férent de celui dans lequel il est habitué à vivre; il est malheureux, désespéré, ennuy il a cessé d'être rapport avec le même exté-rieur, comme il l'était autrefois: tout lui paraît changé, lui-même est métamorp Alors certaines idées surgissent dans son esprit, pour expliquer cette situation nou-velle de son esprit, de ce désespoir inex-plicable et, peu à peu, il arrive à cher-cher et à trouver dans son entourage, dans les personnes qui l'environnent, dans le milieu où il vit, des raisons plus ou moins plausibles de cet état nouveau de sa sensibilité et de son in

telligence.

Ainsi, l'aliéné arrive peu à peu, lentement, à la création des idées délirantes.

Il faut distinguer deux ordres d'idées dans les conceptions délirantes : les conceptions flottantes variables changent du jour au lendemain, sans fixité, qui ne reposent pas sur un fonds solide, produits des circonstances, elles disparaissent avec elles

Les idées fixes, au contraire, qui sont des évolutions extrêmement lentes, progressives et ne peuvent acquérir un degré de fixité qu'à la condition d'avoir été lentement et successivement préparées.

On s'étonne de voir un certain nombre d'aliénés atteints de délire partiel, ayant conservé une grande dose d'intelligence, qui croient à des choses invraisemblables, énormes, révoltantes à première vue, pour celui qui a conservé sa raison. Mais

les aliénés eux-mêmes n'acceptent pas sans contrôle et sans difficulté les idées absurdes. Il faut qu'ils passent successivement par des intermédiaires avant d'arriver à croire à des choses complètement incroyables. Et même, comme je le dirai pour la paralysie générale, il faut appartenir à certaines formes de la folie pour accepter comme vraies certaines énormités comme le font avec béatitude les aliénés paralytiques. D'autres aliénés atteints de délire partiel, ne les accepterait pas. C'est un caractère distinctif de la paralysie générale, même maniaque, d'accepter des idées absurdes, inadmissibles, comme chose naturelle.

Il faut donc passer par des intermédiaires successifs, avant d'arriver à admettre des choses complètement invraisemblables. C'est ce que l'on voit chez les hypochondriaques et dans les états nerveux, intermédiaires

entre la folie et la raison. Les malades qui ne sont pas encore devenus aliénés, croient très bien qu'ils sont atteints mais que c'est d'une maladie du cœur ou ~~d'une~~ des poumons, ou bien qu'ils sont hystériques, ou bien qu'ils ont la syphilis constitutionnelle, parce qu'ils en ont éprouvé quelques accidents. En un mot, ils admettent des choses possibles jusqu'à un certain point qu'on peut discuter, qui ne sont pas positivement impossibles matériellement. Mais après avoir passé par cet état raisonnable en quelque sorte, ils arrivent peu à peu à des idées absolument délirantes, par Ex, à croire qu'ils ont cessé d'exister, qu'ils sont morts, qu'ils n'ont plus ni bras ni jambes, etc. C'est ce qu'on rencontre dans l'hypochondrie liée à la Paralysie générale, que M. Baillarger a observée. Lorsqu'on rencontre ainsi chez

un malade des idées absolument inadmissibles, c'est qu'il a franchi les limites de la folie, il a cessé d'être un hypochondriaque ordinaire pour devenir un hypochondriaque aliéné et même, dans certains cas, un hypochondriaque paralytique.

Il faut donc passer par une série successive d'idées, avant que l'intelligence humaine, même à l'état maladif, admettre certaines exceptions en elles-mêmes absurdes. L'évolution des idées délirantes, surtout des idées fixes, suit une marche extrêmement lente et n'arrive qu'au bout d'un certain temps quelquefois de plusieurs années, à atteindre le degré de fixité parfaitement régulière qui existe chez les aliénés chroniques. Il y a une 1re période de l'évolution pour arriver à l'idée fixe, qu'on peut nommer

période d'incubation ou de développement. Le malade hésite entre plusieurs idées qui se présentent à son esprit. Tantôt il se croit incapable, ayant perdu ses facultés, d'autres fois il se croit ~~mais~~ ruiné, abandonné de Dieu et des hommes. Dans d'autres cas, d'autres idées mélancoliques surgissent dans son esprit; il croit avoir des ennemis, être tourmenté de manières diverses, en un mot, l'esprit flotte alternativement entre des idées délirantes diverses, et ce n'est qu'après un certain temps, souvent après un long temps que l'aliéné arrive à se fixer et à se déterminer au milieu de ces idées diverses qui deviendront plus tard des idées fixes. Le travail de l'évolution de l'idée fixe ne commence donc pas par la monomanie, comme on l'a dit; il ne débute pas par des idées fausses desquelles le ma-

lade déduit. On ne commence pas, par Ex, par avoir des hallucinations, par entendre une voix, par avoir une vision de laquelle on déduit son déduit son délire. Il n'est pas vrai, comme on l'a dit trop souvent, qu'on commence, un certain jour, par avoir une vision de Dieu ou de la Ste Vierge, dans une Eglise, et, qu'à partir de ce moment, on se croit appelé à une mission, à faire du prosélytisme, en vertu d'ordres donnés par la divinité d'une manière impérative. Il peut y avoir de certains cas exceptionnels de folie dans lesquels la génération des idées soit telle, mais c'est très rare. Dans la majeure partie des cas, la folie débute par un état général d'affaissement qui s'applique à toutes les facultés. La sensibilité et l'intelligence sont en même temps

frappées, et sur ce fonds maladif, sur ce sol nouveau, que viennent s'implanter peu à peu, lentement, certains germes d'idées quelques uns ne peuvent s'y développer, ne trouvant pas des conditions favorables ; d'autres, au contraire, s'y attachent, poussent des racines et deviennent peu à peu plantes, fleurs et fruits, comme dans le règne végétal.

On invertit généralement l'ordre de production des idées chez les aliénés : On dit qu'ils sont tristes parce qu'ils se sont chaussés d'idées tristes ; qu'un tel s'est imaginé tout-à-coup qu'il était coupable, damné, qu'il avait commis un crime, tué un de ses parents, qu'il était poursuivi par des ennemis qui lui en voulaient et que, en vertu de cette conception, tombée on ne sait d'où, il était devenu triste. Ce n'est pas ainsi que les choses se passent. Il faut intervertir l'ordre de production. Les idées délirantes sont

le produit d'un sol maladif préexistant. A la suite de la 1re période souvent très longue, celle d'incubation ou de développement du délire, arrive la période d'état. C'est celle dans laquelle on observe ordinairement les aliénés dans les asiles. On y a presque toujours des cas chroniques. Les médecins des asiles assistent rarement aux premières périodes de la maladie qui se passent dans la famille, dans la société. C'est ce qui fait que la plupart des aliénistes ont méconnu les prodrômes de la Folie. Lorsque vous entrez dans un asile, vous rencontrez des malades qui sont arrivés à avoir des conceptions délirantes parfaitement arrêtées, qui vous racontent qu'ils sont poursuivis, qu'ils ont des ennemis, qu'on a cherché à les faire changer de logement. Ils ont

entendu des voix qui pénétraient à travers les murailles et les plafonds. Leur délire est parfaitement arrêté dans tous ses contours. C'est ce que l'on a appelé le délire systématisé. L'idée fixe est arrivée à se formuler complètement: elle a cessé d'être flottante, incertaine, pour devenir parfaitement déterminée. Mais, quoi que systématisé, leur délire est loin d'être monomaniaque, comme on l'a dit à tort: il y a multiplicité d'idées fausses. Il est très rare, pour ne pas dire absolument rare, de voir des monomanes, dans le sens rigoureux du mot, c'est à dire des gens n'ayant qu'une seule idée fausse, une seule série d'idées fausses. Quand on observe bien, on constate que le délire est bien étendu; qu'alors même qu'il est restreint à une sphère limitée de l'intelligence, il porte néanmoins sur un certain nombre d'idées fausses et non pas sur une seule.

Plus tard, quand le délire arrive à s'arrêter complètement dans tous ses contours, à devenir uniforme, absolument identique à lui-même, sans aucune modification possible ni dans le fond ni dans la forme, on arrive à une 3me ~~forme~~ période : celle de la chronicité la plus avancée, à laquelle mon père a donné le nom de délire stéréotypé. Non seulement il est systématisé, mais il devient immuable : c'est là un caractère excellent pour le pronostic. Quand on voit un aliéné qui vous aborde sans aucune difficulté, vous raconte les mêmes idées et les mêmes histoires, dans les mêmes termes, quels que soient la personne présente et le moment où on l'interroge, et les circonstances au milieu desquelles il est interrogé, vous pouvez dire que c'est un aliéné ancien, chronique. Il n'est pas possible de préciser exactement le nombre d'aliénés que la maladie a

duré, mais vous pouvez dire certainement qu'elle a une durée ancienne car on ne peut arriver au délire stéréotypé qu'après avoir passé par les phases antérieures du développement de l'idée fixe.

J'ai cru devoir vous donner ces indications générales avant d'aborder l'étude des deux phénomènes qui, au milieu de tous les troubles de l'intelligence, méritent d'être examinés spécialement : je veux parler des illusions et des hallucinations

Après avoir étudié, sous une forme générale, les troubles des sentiments et des penchants, ceux de l'intelligence et les idées délirantes j'arrive naturellement à ce qu'on a nommé le trouble des sensations. Mais il faut expliquer comment ce trouble prétendu des sensations réside plutôt dans l'intelligence elle-même, dans les fonctions cérébrales intellectuelles, que dans le sens lui-même.

Ces troubles ont lieu à l'occasion d'une sensation, ou sont relatifs à une sensation, mais le trouble principal existe dans la sphère intellectuelle.
Esquirol, le premier, a distingué les illusions des hallucinations. Jusqu'à lui, ces deux phénomènes étaient, non pas confondus, mais méconnus par la plupart des auteurs. Le mot hallucinations était employé au 17me et 18me siècles comme synonyme de folie

Sauvage....
On trouve chez eux le mot, tantôt comme synonime de lésion des sens
tantôt il est employé comme synonime de délire et appliqué à des formes diverses de folie.
Esquirol, le premier, a porté la lumière dans ce chaos, et distingué d'une façon nette, précise, les illusions, des hallucinations. Ces deux phénomènes relatifs à des sensations diffèrent profondément

en ce sens que l'illusion a lieu à l'occasion d'une sensation réelle, tandis que l'hallucination se produit sans impression réelle. Ainsi, un malade entend dans le lointain des bruits de cloche, de tambour, la voix d'une personne qui parle et, à l'occasion de cette sensation vraie, il se met à délirer. Il croit, par ex., que c'est une révolution, une émeute qui s'approche, une armée qui vient faire le siège de la ville. Il interprète de diverses manières ces différentes sensations : voilà l'illusion telle qu'Esquirol la comprend.

L'hallucination a lieu en l'absence de toute sensation extérieure, dans le silence le plus complet, au milieu de l'obscurité, pendant la nuit, lorsqu'aucune impression quelconque ne vient frapper le malade. C'est alors qu'il croit voir apparaître une vision, un objet extérieur, dans le sens de la vue, ou entendre une voix, dans le

sens de l'ouïe. L'hallucination est donc une perception sans objet. L'homme, dans cette situation maladive, croit voir, entendre, flairer, toucher, goûter des choses pas dans le monde extérieur, la sensation n'existe que dans l'individu lui-même qui l'éprouve elle est, comme disent les Allemands, subjective au lieu d'être objective, elle n'a pas de raison d'être, dans le monde extérieur elle n'est pas causée par le monde extérieur, elle n'est pas transmise par le sens, elle se produit spontanément dans le cerveau malade.

Cette distinction paraît, à 1re vue, très très tranchée et très saillante; et en effet malgré les points de contact nombreux que l'observation minutieuse a découverte. Ces deux phénomènes sont restés distincts pour la plupart des aliénistes. Il semblerait que la distinction consiste en ceci

si la cause est extérieure, il s'agit d'une illusion, si elle est intérieure, il s'agit d'une hallucination. Mais, pénétrons plus avant, et nous allons voir combien les rapports sont nombreux.

Vous savez ce que c'est que la sensation normale. Elle suppose trois conditions : un objet extérieur qui frappe le sens parfaitement sain, dans son intégrité complète, c'est à dire dans son appareil externe, dans ses nerfs de transmission et dans sa position centrale cérébrale qui correspond aux nerfs de transmission ; enfin, 3ème élément, un cerveau normal, dans des conditions régulières qui puissent percevoir la sensation transmise par le nerf. Ainsi, trois éléments : l'objet extérieur qui impressionne le sens, l'intégrité des sens et celle du centre cérébral

Supposez qu'un des éléments vienne à changer : que ce soit le sens qui devienne malade, et, par Ex, dans la partie la plus périphé-

phérique, vous avez des phénomènes tels que ceux qu'on observe dans beaucoup de maladies sensorielles, par Ex. les maladies de l'œil pour la vue. Il y a des phénomènes nommés perceptions subjectives dans certaines ophtalmies, comme dans les maladies de la rétine. On constate des sensations lumineuses anormales, sans aucune cause extérieure : ce que l'on nomme phénomènes subjectifs ; des lumières, des cercles lumineux, des perceptions subjectives de la vue, pour tout dire en un mot.

Je n'entre pas dans d'autres développements : je note ce fait qui se produit aussi pour les maladies de l'oreille ; mais ces phénomènes ne sont pas du ressort de la pathologie mentale. Dès lors que l'individu ressent ces sensations précises, et en sait victime, les phénomènes rentrent dans la catégorie des illusions d'optique.

Dans tous les cours de physique,

on apprend que c'est une illusion d'optique, de croire qu'une tour carrée éloignée est ronde, que le rivage fuit quand on est dans un bateau, qu'un bateau plongé dans l'eau est coupé au point d'immersion. Tous ces faits et mille autres choses de ce genre, parfaitement constatés dans les traités de physique ne rentrent pas dans la pathologie mentale. Il en est de même des phénomènes subjectifs qui se passent pour les sens externes de l'ouïe ou du toucher. Ils ont leur cause dans le sujet et non dans le monde extérieur. Le tort d'Esquirol qui, le premier cependant a étudié cette question, a été de confondre le phénomène élémentaire de la vision ou de l'audition avec l'illusion des aliénés. Sans doute, dans des cas très rares, des aliénés atteints d'amaurose commençante ou de lésion de la vision ont pu présenter ces phénomènes et les interpréter, à travers leur délire

Ainsi, certains aliénés qui deviennent aveugles, croient voir des fantômes et s'imaginent que ces fantomes doivent être attribués au magnétisme, à la physique : en un mot, ils interprètent les faits sensoriaux comme tous les faits du monde exterieur. mais ce n'est qu'une appréciation ajoutée aux autres, et cela ne change pas le caractère du phénomène. Ce n'est pas dans le sens altéré, qu'il faut chercher la cause l'illusion n'existe pas chez l'aliéné, à l'occasion d'une sensation maladive, elle naît à l'occasion d'une sensation norm C'est en voyant réellement avec un sens qui n'est pas malade, un homm un objet, une maison, un arbre, etc sous l'influence de son délire, trans-forme cette sensation réelle en sensation fausse.

Ainsi, dans l'Ex connu de Don Quichotte qui prend les moulins à vent, pour

des géants, l'idée des géants se substitue dans son esprit, à la vision de moulins à vent, mais Don Quichotte n'a pas là une illusion de la vue; il voit les moulins comme ils sont; le sens fonctionne normalement, dans sa partie périphérique, comme dans sa partie centrale, il n'est pas attaqué. C'est l'esprit, le cerveau qui, comme chez tous les aliénés, agit et transforme une sensation vraie. Ainsi, dans l'illusion, il y a erreur du jugement, des facultés intellectuelles plutot qu'erreur du sens.

Cela est tellement vrai qu'on a vu plusieurs aliénés atteints du délire de persécution, atteints lequel ne comporte pas les hallucinations de la vue, attribuant à des ennemis les sensations auditives qu'ils croient avoir les sensations tactiles qu'ils croient éprouver. Ces aliénés devenant aveugles, ont des perceptions subjectives de la vue, qu'ils ressent et interprètent comme des hommes sains d'esprit. Ils savent qu'ils sont

aveugles, qu'ils ont des visions de lumière non réelles. La base de l'illusion n'est donc pas dans l'altération du sens périphérique ni central, elle est dans l'esprit malade et nullement dans les facultés sensoriales.
Ce qui est vrai et facile à démontrer pour la partie périphérique des nerfs des sensations est plus difficile à prouver, pour la partie cérébrale des nerfs. C'est ici que commence la difficulté, et que se trouve le point de jonction entre les illusions et les hallucinations.

Beaucoup de physiologistes, surtout à l'époque actuelle, admettent que la mémoire imaginative a son siége dans la partie du cerveau qui avoisine les nerfs sensoriaux à leur origine. Beaucoup de physiologistes croient que c'est dans les tubercules quadrijumeaux, et dans la portion où aboutit le nerf acoustique, que réside la mémoire imaginative de la vue et de l'ouïe. Ils

confondent sous ce rapport la perception avec la mémoire. Ils admettent que, dans l'état normal, certaines parties du cerveau servent à reproduire les sensations anciennes comme d'autres parties: la papille, par Ex. dans la 3me circonvolution, dont la lésion détermine l'aphasie.

Certains aliénistes, comme Griesinger, admettent que l'hallucination n'est pas autre chose que la reproduction spontanée de phénomènes qui existaient, lors de la sensation normale. Lorsque nous éprouvons une sensation que, par Ex, nous assistons à un paysage que nous voyons pour la 1re fois, quand, placés sur le sommet d'une haute montagne, nous cherchons à récapituler dans notre esprit, toutes les sensations isolées que nous éprouvons, pour faire un tableau d'ensemble et pour arriver à cette mémoire imaginative, caractère indispensable de l'artiste, aussi

bien peintre que musicien ; dans ces conditions particulières de l'intelligence, nous gravons dans notre esprit ces sensations isolées, pour donner un tableau qui se reproduit plus tard, spontanément dans notre esprit, en l'absence de l'acte extérieur qui l'a créé. La même chose, chez les aliénés, aurait lieu sous l'influence de l'excitation cérébrale. Cette partie du cerveau qui aurait présidé à la sensation normale, serait excitée momentanément, et ferait renaître, par une action spontanée, le paysage ou l'impression qui aurait frappé le sens de l'ouïe ou celui de la vue. Les hallucinations s'expliqueraient ainsi très naturellement.

Je dirai, dans la prochaine séance, combien cette théorie résiste peu à l'examen des faits.

Pour aujourd'hui, je dois me borner au phénomène des illusions. L'illusion

vient se confondre avec l'hallucination, dans ce point central qui sépare les nerfs des sensations du cerveau lui-même. Si vous admettez, en effet, que la perception subjective se produise dans la partie centrale du nerf que par une excitation de la 5me paire nerveuse, certaines sensations visuelles se produisent spontanément à la partie centrale du nerf; si ce phénomène se produit chez un aliéné, il le verra dans la sphère de son délire. Il croit que ces ennemis lui envoient des flammes, des cercles lumineux. Il interprêtera le phénomène sensitif dans le sens de son idée délirante dominante.

Dans ce cas, il devient difficile de distinguer l'illusion de l'hallucination: le phénomène est interne, il se passe dans le cerveau, dans la partie centrale et même dans la partie cérébrale: Le point de contact est donc bien facile à saisir. Voilà où se trouve le pont jeté entre le

le monde extérieur et le monde intérieur. Il n'est pas aisé, dans ce cas mixte, de distinguer si le malade a une illusion ou une hallucination.

Il faut néanmoins étudier les illusions telles qu'on les observe chez les aliénés. On peut les diviser en deux catégories; celles des sens dont je parlais tout à l'heure, qui consistent dans un phénomène sensorial périphérique interprété par l'aliéné, dans le sens de son délire. Certains malades, par Ex, éprouvent des phénomènes subjectifs dont je je parlais, les attribuent à des causes extérieures ou à des causes occultes. Ils se croient victimes de gens qui les électrisent ou font naître ces sensations uniquement pour les tourmenter. Le phénomène subjectif, produit par l'acte nerveux du sens, est interprété dans l'ordre du dé[lire]

Voilà l'illusion des sens ; elle est très rare.
L'illusion la plus fréquente est une erreur du jugement, comme dans le délire ordinaire. Elle se produit à l'occasion d'une sensation extérieure au lieu de se produire à l'occasion d'une idée délirante. Ainsi beaucoup de malades voyant des personnes qu'ils n'ont jamais connues, croient reconnaître en elles des amis ou des personnes de leur connaissance ; des maniaques, par ex., disent en voyant ~~d'~~une personne pour la 1re fois : c'est un tel, mon père, ma mère, etc. Ils confondent la sensation vraie qu'ils éprouvent avec un sentiment ancien.

Dans d'autres circonstances, l'illusion porte sur un phénomène interne. Beaucoup d'aliénés ont des sensations ~~pénibles~~ dans diverses parties du corps, comme les fig(?)

pochondriaques : ils ont des névralgies, des douleurs des phénomènes nerveux dans l'abdomen, dans les organes genitaux, des maladies hystériques. Les malades interprètent ces sensations vraies et en font des illusions. Ainsi, des gens ayant des hémorroïdes s'imaginent que leurs ennemis cherchent à les torturer, ou se livrent à leur égard à des manoeuvres coupables. Des femmes ayant un cancer à l'utérus, croient que ce sont des vers, des animaux ou même le diable qui s'est introduit dans leur corps, et leur impose ces souffrances. Dans d'autres circonstances, les malades croient avoir des animaux dans la tête. Cela est assez fréquent chez les aliénés chroniques. On a même rapporté dans la science des observations dans lesquelles le médecin a eu recours à des subterfuges

pour faire disparaître ces idées délirantes. Certains malades croyant avoir des oiseaux, des serpents dans le corps, ont été opérés par des chirurgiens qui ont simulé une opération en faisant une incision sur l'abdomen et montrant dans un vase un oiseau ou un serpent. C'est un procédé que l'on peut nommer, en quelque sorte, l'enfance de l'art; car ceux qui, au début, ont pu l'employer, ont vite été forcés d'y renoncer. La plupart des aliénés qui, momentanément, ont pu se convaincre par ce subterfuge, n'ont pas tardé à revenir à leur idée délirante. Ainsi, après avoir subi la prétendue opération, ils ont cru que les animaux dont on les avait débarrassés, avaient laissé des petits et que d'autres animaux étaient nés sous l'influence des aliments qu'ils avaient ingérés. La même sensation qui avaient causé les idées délirantes

quoique des chirurgiens très distingués continuen[t]
à se produire, ces idées reparaissent sous la
même forme. On n'a donc pas goûté l'idé[e]
d'arriver, par une opération simulée, à détr[uire]
les conceptions délirantes; quoique des chirur-
giens très distingués, très habiles, s'y soien[t]
laissés prendre: ceux qui ont pratiqué
longtemps les aliénés, peuvent croire diffic[i-]
lement à la valeur morale d'un pareil
traitement.

Il est une 3me catégorie d'illusions qu[i]
peuvent être nommés illusions par subst[i-]
tution. Ce sont elles qui se rapprochent l[e]
plus des illusions. L'exemple que je v[ous]
ai cité de Don Quichotte prenant des mo[u-]
lins à vent pour des géants peut s'y
rapporter. Il y a substitution complète
d'une sensation interne à une sensation
interne à une sensation externe. Le m[...]

lade voit réellement l'effet extérieur, mais il substitue une vision interne à la vision externe. C'est ce qui arrive souvent chez les aliénés. Ils entendent, par Ex, des personnes parlant ou chantant dans le voisinage et ils croient entendre des mots; leur oreille entend bien un son, mais leur idée substitue à ce son autre chose qu'ils ont dans l'esprit. Ce n'est pas une hallucination puisqu'il n'y a pas création d'un phénomène nouveau; il y a réellement audition d'une conversation mais elle est transformée par l'imagination du malade qui y substitue sa propre pensée.

On rencontre cela très souvent dans les asiles. On croit faussement à l'existence d'hallucinations. Quand on observe un aliéné qui raconte avoir entendu la conversation de telle personne, qu'elle

a dit telle chose, qu'elle s'est moquée de lui, qu'on l'a injuriée, on peut croire ce malade halluciné, ayant éprouvé une sensation, en l'absence de tout objet extérieur. Mais, quand le malade a cru entendre, dans beaucoup de cas si on avait été présent, on se serait aperçu qu'il y avait eu réellement sensation. Ces malades ont l'oreille fine; ils entendent souvent des choses que n'entendent pas les personnes présentes. Il y a eu réellement, dans ce cas, une illusion et non pas une hallucination. L'aliéné a réellement entendu, dans le lointain, le son d'une cloche, un bruit de tambour ou une conversation avec des mots articulés qu'il a transformés en les trans interprétant avec son délire. Il a éprouvé une illusion par substitution

et non pas une hallucination vraie. Cela paraît une subtilité psychologique; cependant c'est important pour la clinique et pour le pronostic; car les formes de maladies dans lesquelles se produit l'hallucination ne sont pas les mêmes que celles où l'on constate les illusions.

Quand je parlerai des diverses formes de maladie mentale, j'aurai soin d'insister sur les illusions particulières propres à chacune d'elles. Je vous dirai quelles sont les illusions qu'on rencontre dans la manie ou dans la mélancolie ou dans le délire partiel ou dans la paralysie générale, quelles sont celles qui n'en présentent pas. Je ferai de même pour les hallucinations. Aujourd'hui, je renvoie ces détails à la pathologie ~~générale~~ spéciale. J'ai voulu seulement, dans ces généralités, vous donner une idée d'ensemble

quelles sont celles qui n'en présentent pas. Je
ferai de même pour les hallucinations. Au-
jourd'hui, je renvoie ces détails à la patholo-
gie spéciale.
J'ai voulu seulement, dans ces généralités,
vous donner une idée d'ensemble sur ce qu'
doit entendre par les mots illusions et hal-
lucinations. On se sert à chaque instant
ces mots dans la pathologie mentale, il es
indispensable d'en bien établir la significa-
tion et la définition, avant d'entrer da
la description des formes particulières.
Dans la prochaine séance, j'aborderai l'ét
des hallucinations qui mériterait plusieu
leçons. Elles ont été l'objet de beaucoup
de travaux; elles ont servi de matière
plusieurs ouvrages volumineux publiés
tant en France qu'à l'étranger. Mai

dans un cours pratique comme celui-ci, nécessairement abrégé, je dois me borner à des faits généraux et j'espère dans une seule leçon pouvoir vous donner les indications principales sur le sujet.

5me Leçon

Mardi 14 Décembre 1869.

Messieurs,

Je vais vous entretenir aujourd'hui, d'un phénomène dont je vous ai déjà parlé, sous une forme abrégée et par comparaison, dans la dernière séance. Je vous ai dit, Messieurs, que Esquirol avait, le 1er, dégagé nettement l'illusion de l'hallucination. Dans la pathologie mentale, l'illusion suppose une erreur de jugement, à l'occasion d'une sensation actuelle et, par opposition, l'hallucination peut donc être ainsi définie

une perception sans objet, c'est à dire la création par l'imagination, par le cerveau uni à l'intelligence, d'une impression absolument semblable à celle que l'on reçoit à l'état normal, par suite du contact, avec les sens des objets extérieurs.

A l'état de veille, à l'état normal, les s[ens] sont impressionnés par des objets extérieur[s] la vue, l'ouïe, le toucher, etc, ils sont impressionnés par des sensations en rapp[ort] avec ces sensations spéciales, et dans l'éta[t] maladif, un même phénomène se produi[t] à l'intérieur d'une façon intra-cérébra[le] sans être occasionné par un objet extéri[eur] c'est à dire ce qui constitue l'hallucination.

Croire, comme l'a dit Esquirol, que l'on voit un objet, alors qu'il n'y en a aucun, à la portée de nos sens, c'est

avoir une hallucination. Or, ce phénomène ainsi réduit à sa plus simple expression, s'observe dans des conditions très diverses. Il ne s'observe pas seulement dans les maladies mentales; on peut le constater dans les maladies nerveuses, dans des maladies générales extrêmement variées. Nous avons même dans les rêves et dans ses diverses variétés, tous les éléments personnels pour comprendre le phénomène de l'hallucination; nous avons là un terme de comparaison que nous ne pouvons pas intéresser au même degré pour le délire; car pour les conceptions délirantes il est difficile de nous figurer comment un homme peut tout-à-coup s'imaginer une chose absurde comme celle de se croire comme de se croire empereur roi ou Dieu, mais nous avons pour l'hallucination, un terme facile à saisir.

Dans l'état du rêve, chacun de nous

se trouve dans les mêmes conditions qu'un aliéné ; aussi l'étude des rêves a-t-elle de nombreux points de comparaison avec les hallucinations.
Vous savez, Messieurs, qu'il y a des sommeils sans rêves et des sommeils accompagnés à divers degrés d'activité intellectuelle, selon que le sommeil est plus ou moins agité, plus ou moins complet nous éprouvons des idées, des visions, des phénomènes d'audition. M. Baillarger a insisté sur l'état intermédiaire entre la veille et le sommeil et il a démontré que c'est au moment où le sommeil va commencer, ou quand il est sur le point de cesser, que l'on éprouve le plus d'hallucinations, c'est à dire, dans les conditions intermédiaires entre la veille et le sommeil. Dans le sommeil profond il n'y a pas de rêves

ou du moins on en perd le souvenir, tandis que dans le sommeil intermédiaire, il y a une certaine activité conservée par la mémoire, qui nous permet de nous rappeler les conceptions de notre imagination. On sait que dans certaines conditions d'excitation cérébrale on est susceptible d'éprouver des rêves qui ont toutes apparences de la réalité : on peut croire que l'on assiste à un spectacle, on peut entendre la voix d'une personne connue, entrer en conversation avec elle, ou bien éprouver une vision, et ce qui est plus fréquent, voir apparaître soit un fantôme, soit un Être vivant qui, même dans la plupart des cas, ne parle pas; car, le propre de ces hallucinations est de s'isoler des hallucinations de l'ouïe. Aussi, dans le rêve, comme dans l'aliénation mentale il y a beaucoup d'états nerveux qui constituent une transition intermédiaire entre le rêve et la folie.

Parmi ces états, on doit citer toutes les maladies ne
rveuses en général : catalepsie, somnambulisme
hystérie et les maladies nerveuses moins bie
déterminées que l'on a appelées névro-pathiq

On peut donc, dans l'état de veille, en
hors du sommeil, éprouver des hallucinations
qui présentent beaucoup de points de contac
avec la folie et qui n'en diffèrent que par qu
ques côtés sur lesquels j'insisterai plus tar
en faisant le parralèle entre le délire aigu
la folie. Pour le moment, je dois me borner
constater l'existence fréquente des hallucin
tions dans ces états nerveux.

Il y a une réflexion que l'on doit faire
c'est qu'il faut certaines conditions, pour
que ce phénomène soit possible, aussi bien
l'état morbide qu'à l'état normal. Ce
conditions sont au nombre de 3 = La 1re
est l'occlusion des sens. Pour avoir la
vue interne, il faut supprimer la vu

du monde extérieur, un degré d'excitation cérébrale énorme est nécessaire pour pouvoir à la fois et la perception du monde extérieur et celle du monde intérieur. Dans la plupart des circonstances il faut fermer les yeux pour arriver à créer par la pensée des souvenirs anciens qui représentent de nouveau la scène ~~indiquée~~ évoquée; la ~~production~~ 1re condition est donc l'occlusion des sens complète ou incomplète. Mais les sens ont des rapports avec le monde extérieur, on peut voir sans regarder, on peut ne pas apercevoir, en quelque sorte les objets du monde extérieur et pourtant les deviner. Dans ces conditions l'hallucination se produit avec plus de facilité que quand l'attention est dirigée sur un objet: il y a lieu, dans le travail de l'esprit une double tension.
Voilà une 1re condition, une 2me condition est celle qu'on appelle l'automatisme de l'intelligence ou la spontanéité des fonc-

-tions intellectuelles. C'est dans cette condit[ion] particulière de surexcitation mentale, que l[es] idées arrivent au jour, comme au milieu d'un tourbillon, et sans être appelées po[ur] rien. Dans cette condition particulière l'e[x]citation cérébrale est tellement grande q[ue] l'on ne peut pas faire un choix parmi les idées qui se présentent à l'esprit. C'est dans cette condition particulière que se pro[-]duisent surtout des hallucinations et ra[re]ment dans l'état de calme, d'inertie, [de] lenteur de conceptions; pour qu'elles se pr[o]duisent, il faut que le cerveau soit dans un état de surexcitation, d'automatism[e] en quelque sorte, c'est ce qui a lieu dans le délire aigu et dans dans beaucoup d'é[-]tats <u>nerveux</u> lorsqu'on a pris du hatchi[sch] des substances qui ont pour propriété de produire cette excitation spéciale. Alors on

on voit apparaître un grand nombre d'hallucinations. C'est ce qui a lieu encore dans la fièvre qui est accompagnée de délire et, partant, d'hallucinations.

Une 2me cause qui est plus spécialement physique, c'est une condition d'affaiblissement général dans la constitution par suite d'un état d'anémie ou de la qualité du sang. Il faut un certain degré d'affaiblissement quand la constitution, pour que le système nerveux se surexcite en sens inverse, l'anémie sanguine.

Plus vous êtes dans un état pléthorique, moins vous êtes disposés à avoir des hallucinations. A la suite d'abstinences, principalement d'abstinences volontaires, il survient fréquemment des hallucinations ainsi que les autres phénomènes du délire. C'est ce qui arrive chez les enfants mal nourris à l'époque de la puberté; chez les femmes dans certaines conditions déterminées, à l'époque des règles

par Ex. lorsque la déperdition sanguine a été très abondante ; chez les hommes, à la suite de divers états d'affaiblissement du système sanguin qui a pour résultat corrélatif, la surexcitation du système nerveux.

Il faut donc la réunion de ces 3 conditions principales pour voir surgir les hallucinations : occlusion des sens, surexcitation cérébrale et automatique de l'intelligence, produit spontané d'un grand nombre d'idées, de sentiments, d'émotions, de phénomènes intellectuels, en un mot, enfin, état anémique. Vous verrez dans la suite de ce cours, à propos des formes diverses de maladies mentales dont j'aurai à vous parler, que ces considérations générales, trouveront leur application.

Après ces quelques généralités sur ces états qui produisent les hallucinations, il faut se demander s'il n'y a pas certains

états physiologiques qui sont sur la limite de la raison et de la folie et dans lesquels peuvent se produire également les hallucinations

Cette question des hallucinations physiologique se réduit à ceci: est-il possible d'éprouver des hallucinations sans être aliéné, sans que l'intelligence soit troublée dans son ensemble.

L'antiquité, l'histoire nous prouve que c'est possible; il y a des cas qui rentrent dans les conditions dont je viens de parler et où l'on peut éprouver des hallucinations, tout en ayant conscience de leur caractère maladif. C'est ce qui est arrivé à des médecins distingués qui ont rapporté ces faits.

Mr Andral, après de grandes fatigues, des travaux nombreux, à la suite de travaux anatomiques prolongés, éprouva une hallucination très évidente, il crut voir apparaître devant lui le cadavre d'un

jeune homme qu'il avait disséqué le matin.
Cette hallucination qu'il raconte lui-même du
plus d'un quart d'heure, et il eut, non seu
lement celle de la vue, mais celle de l'odorat.
M. Chevreul, chimiste distingué, membre d
l'Institut a raconté un fait du même ge
Un jour dans des conditions analogues, il a
voir apparaître la figure d'un de ses amis
dont la santé l'inquiétait tellement qu
était mort, le jour où il crut le voir ap
paraître devant ses yeux. Il raconte que cette
hallucinations eut pour lui tous les cara
tères de la réalité et, néanmoins il sai
parfaitement apprécier qu'il était le jouet
d'une hallucination

Il y a beaucoup d'autres exemples en
Bonnet rapporte, dans son traité analytiqu
des facultés de l'homme, l'histoire d'un
individu âgé qui avait été opéré de la
cataracte et qui, pendant plusieurs anné

vit défiler sur les murs, sur les tapisseries, des objets divers des animaux qui allaient et venaient, qui se détachaient de la muraille. Il les distinguait très bien et appréciait parfaitement la nature. Cet individu avait conservé toute son intelligence et il assistait à un spectacle dont son cerveau était à la fois l'auteur et le théâtre; il voyait passer ces figures sous ses yeux, il en appréciait la nature, et il n'en était pas dupe.

On trouve dans les auteurs qui ont écrit sur les hallucinations d'assez nombreux ex du même genre; et l'on peut citer entre autres celui de Nicolaï libraire de Berlin qui a éprouvé un grand nombre d'hallucinations qu'il a décrites avec beaucoup de soins. Ces hallucinations ont été publiées par M. Baillarger.

Ainsi, Messieurs, soit dans l'état de

ère, soit dans les maladies nerveuses ou les états physiologiques ne sont pas encore la folie, on peut éprouver des hallucinations avec ou sans conscience de leur nature maladive; mais il faut ajouter encore un fait avant d'arriver aux hallucinations des aliénés.

Ce sont les faits relatifs aux grands personnages de l'histoire, faits que l'on a beaucoup étudiés. On a considéré ces personnages comme atteints d'hallucinations: on a trouvé des hallucinations chez les personnages de la bible, chez les grands hommes, dans tous les temps. On a fait des ouvrages sur cette matière entre autres, celui de M. Lélut sur le démon de Socrate et sur l'amulette de Pascal. D'autres ont examiné au même point des divers personnages historiques

Mais on s'est servi d'un criterium qu'il ne faut pas adopter d'une manière générale. On s'est dit = il n'y a qu'une seule différence entre l'aliéné et l'homme raisonnable, c'est que la personne qui subit une hallucination, à l'état physiologique en apprécie la valeur, et ne croit pas à la réalité de son hallucination ; mais dès l'instant que l'on croit à la réalité à la vérité de l'hallucination, on est aliéné.

C'est ce que Leuret a exprimé dans ses fragments psychologiques tout individu qui considère une vision comme réelle ; par cela seul, quelque soit du reste l'état de son intelligence. Il ne faut pas être aussi absolu. Cette généralité est vraie dans la plupart des cas, mais il faut tenir compte d'une circonstance sur laquelle on n'a pas assez

appuyé : c'est que ces personnages pensaient
et sentaient comme les hommes qui les en-
touraient. Ils étaient victimes des mêm[es]
préjugés, des mêmes idées générales des
mêmes croyances ; ils croyaient à la mag[ie]
comme tous les hommes de leur époque,
ils croyaient à la communication conti-
nuelle des génies avec l'humanité, e[t]
les hommes supérieurs, pas plus que l[es]
autres, ne pouvaient se soustraire comp[lè]-
tement aux croyances de leur siècle,
par conséquent, lorsqu'ils se trouvaien[t]
sous l'influence d'une excitation ner-
veuse, ces visions que l'on considère
aujourd'hui comme purement patholo-
logiques, étaient acceptées par eux
comme réelles et leur croyance à la
réalité de ces visions était une consé-

quence inévitable de leur production même.
Il ne faut donc pas admettre, d'une manière absolue que ces hommes aient été aliénés, car il y a beaucoup de circonstances, dans lesquelles on peut croire à la réalité d'une vision, sans être pour cela aliéné. Dans certaines conditions religieuses, disait D   , on peut admettre la communication des Etres supérieurs avec l'humanité, dans certaines circonstances on peut y croire, sans être déclaré aliéné, par ce seul fait: il ne faut pas être absolu, il ne faut pas conclure de suite que l'on a affaire à un aliéné. Il faut tenir compte de la conduite, de la manière d'être, et juger le malade d'après l'ensemble de ses actes.

Après ces généralités sur les hallucinations considérées dans les états autres que la folie, j'arrive à quelques généralités sur l'hallucination, dans l'aliénation men-

tale ; mais je serai bref car j'aurai à revenir sur ce point, quand je vous parlerai de la manie.

Dans le délire général, les hallucinations sont fréquentes, mais elles se confondent le plus souvent avec les illusions. On ne peut pas savoir exactement si le malade n'est pas victime de certaines impressions extérieures, que son jugement n'est pas ap[te] à apercevoir. Beaucoup de maniaques ont l'oreille très fine, ils entendent le moin[dre] son, l'interprètent à leur tour, à leur manière : on croit alors à une hallucina-tion et l'on a affaire, en réalité, à une illusion. Le malade entend des voix, [des] sons réels ; il leur a donné un sens, il les a interprétées mais il n'y a pas une véritable hallucination, c'est à dire une

création, de toute pièce, d'un phénomène nouveau. Il faut donc faire attention et ne pas confondre l'illusion avec l'hallucination, et ceci n'est pas une subtilité, c'est, au contraire, très important pour le diagnostic de la maladie. Les hallucinations surviennent très souvent dans des conditions très diverses que j'indiquerai plus tard, mais je vais dire quelques mots qui s'appliquent à toutes les hallucinations partielles.
Tantôt c'est un fait isolé qui survient comme par hasard, très rarement, même chez un aliéné, dans un paroxysme, dans un moment d'excitation très grande qui ne se reproduit plus ou très rarement. Tantôt c'est un fait habituel très fréquent chez l'aliéné; ce qui a lieu le plus souvent, c'est l'hallucination de

l'ouïe chez les persécutés qui, après avoir passé par une phase de [illegible] d'interprétation, arrivent à l'hallucination de l'ouïe - leurs pensées se transforment en sensation à force de se persuader qu'ils sont poursuivis par des ennemis, à force de s'ingénier à interpréter les signes, les malades finissent par arriver à l'hallucination de l'ouïe, leurs pensées s'incarnent d'une voix et, à force de songer qu'on veut leur faire du mal, ils finissent par formuler des injures de certains mots qu'ils entendent dans leurs oreilles.

L'hallucination chez les aliénés ou a des degrés très divers. Il ne faut pas s'imaginer qu'ils entendent une voix déterminée aussi nette, aussi réelle que nous entendons avec l'oreille. Il y a des phénomènes

les périodes de la folie le phénomène élémentaire de l'hallucination : celle qui est au 1er degré, qui est un intermédiaire entre la pensée parlée intérieurement, et la voix extérieure. Il y a là un degré intermédiaire à constater, pour faire la théorie de l'hallucination en général.
Plus tard, lorsque la maladie marche, lorsqu'on est arrivé à ne plus douter des conceptions délirantes du malade, lorsqu'il a systématisé son délire, qu'il ne conserve plus de doute sur ses dignités imaginaires, ni sur ses craintes, l'hallucination acquiert un degré de netteté extrême. Le malade ne doute plus, il se ferait tuer, à la rigueur, il deviendrait martyr de ses hallucinations, il en est tellement convaincu par la lucidité de ces phénomènes qu'il n'en peut douter, et surtout dans le paroxysme.
Plus tard encore, quand la maladie marche vers la guérison, il y a beaucoup d'hal-

lucinés qui voient ce phénomène perdre de son intensité, par une sorte de dégradation de teintes, comme ils en avaient acquis la conviction dans la période ascendante de la maladie. On en voit qui disent: Peut-être me suis-je trompé...

C'est un phénomène très favorable, quand il observe ce doute commençant sur la réalité des hallucinations. Les hallucinations se présentent quelquefois dans la forme d'une manière intense, en grand nombre elles forment alors tableau, représentent un seul sujet. Des malades qui sont doués d'une grande intelligence, d'une grande vivacité d'esprit, ont quelquefois des hallucinations extraordinaires: ce sont des créations aussi fantastiques qu'en pourraient faire des romanciers, des poètes. Mon père, dans ses leçons cliniques, a publié un Ex. de ce genre extrêmement

intéressant. C'est un malade qui a cru assister à la création du monde et qui décrit lui-même tous les évènements qu'il a perçus. C'était un professeur de rhétorique dont l'imagination était très active et l'esprit très cultivé et qui avait réuni à son insu, tous les souvenirs de la bible ~~dans~~ et il avait formé de ces souvenirs un tableau animé dans lequel la création du monde était représentée d'une manière toute fantastique.

L'hallucination se présente donc sous des formes et des degrés très variés, dans l'aliénation mentale, de même que dans les diverses maladies nerveuses autres que la folie.

Après ces généralités, il faut dire quelques mots des hallucinations de chaque sens. Les hallucinations de la vue paraissent plus fréquentes, parce que ce sont celles qui attirent davantage l'attention, mais on

remarque que celles de l'ouïe sont, en réalité plus fréquentes que celles de la vue.
Il y a une distinction importante à faire cependant. Les hallucinations de la vue sont fréquentes dans les maladies cérébrales ou toxiques, autres que la folie, dans les délires fébriles, mais dans la folie, ce sont les hallucinations de l'ouïe qui l'emportent. C'est pour avoir négligé cette comparaison, que beaucoup d'auteurs se sont mépris sur la théorie de l'hallucination dans la folie. Ils ont pris leurs Ex, principalement dans l'hallucination de la vue. Ils ont emprunté leurs Ex aux maladies délirantes, aux rêves, aux maladies toxiques, et ils n'ont pas fait la théorie de l'hallucination dans la folie. L'hallucination de la vue est plus essentiellement cérébrale et même sensoriale, tandis que celle de l'ouïe

est tout à fait intellectuelle. La parole est liée à la pensée : elle n'est que la pensée répercutée au dehors, de sorte que la théorie qui s'applique aux hallucinations de la vue ne peut pas s'appliquer à celles de l'ouïe. Ce sont deux phénomènes qui, quoique portant le même nom, sont de nature diverse. L'hallucination de la vue est rare dans la folie et se produit sous forme épisodique. Ce n'est que dans un paroxysme, dans un délire religieux, à la suite d'une veille prolongée, d'abstinences prolongées, que le soir, dans un clair-obscur d'une chapelle, au milieu d'un silence général, on voit apparaître un fantôme, une statue, Dieu, les saints. Ces visions demandent des conditions déterminées et ne se reproduisent pas fréquemment et, quand elles ont paru, il s'écoule beaucoup de temps avant qu'elles ne reparaissent. Il n'en est pas de même dans l'ouïe, et

quand l'hallucination existe dans ce sens, c'est presque habituel. Les malades en ont à toute heure, à tout moment, quand on leur parle; et sur ce point, l'occlusion des sens n'est pas aussi nécessaire que pour l'hallucination de la vue - il y a donc des conditions toutes spéciales pour chaque hallucination

L'hallucination de l'odorat est moins fréquente que les hallucinations de la vue et de l'ouïe. Esquirol a dit que celles de l'odorat et du goût étaient fréquentes au début de la folie. Cela peut être vrai dans certains cas, mais, dans la plupart des maladies ordinaires, on observe peu ces hallucinations, c'est surtout dans le délire d'empoisonnement et il est difficile de juger s'il y a hallucination ou illusion. Il y a souvent des embarras gastriques

des embarras de la muqueuse qui peuvent donner lieu à des illusions : il y a une sensation réelle interprétée et ce n'est pas une création de toute pièce.
Cette même distinction est très difficile pour le tact ou la sensibilité générale. Beaucoup d'aliénés éprouvent des phénomènes nerveux très variés, dans diverses parties du corps, soit dans les organes de l'abdomen, soit dans la poitrine. Ces sensations sont très variées chez les hypochondriaques, et il y a beaucoup de maladies où l'on éprouve des sensations variables, mobiles qui donnent lieu à des interprétations différentes. Il est donc difficile de savoir quand il semble au malade qu'on l'a battu pendant la nuit, qu'on l'a martyrisé - il est difficile de savoir si le malade a éprouvé des douleurs ou si c'est une simple hallucination, un produit de

son état cérébral, un produit de la maladie nerveuse générale.

Ainsi, la distinction est donc difficile entre l'hallucination et l'illusion; entre ces deux phénomènes qui, à 1re vue, paraissent si distincts et qui, cependant, se touchent de si près que, dans pendant de circonstances il devient difficile de les distinguer.

Après ces généralités sur l'hallucination, je dois terminer par la théorie de ce phénomène. Cette théorie a été l'objet de beaucoup de recherches, soit en France, soit à l'étranger. On ne s'est pas borné à constater ce phénomène qui consiste à voir, sans qu'aucun objet soit placé devant les yeux, à entendre sans qu'aucune voix ne se fasse entendre; on ne s'est pas borné à constater le fait, on a voulu le rattacher à d'autres états phéno-

nènes connus, existant à l'état normal ou dans d'autres états intermédiaires et l'on est parti à formuler deux systèmes. On est parti de 2 points de départ différents; on s'est basé sur des motifs physiologiques et sur des motifs pathologiques. La Physiologie nous apprend, en effet, que lorsqu'on irrite d'une manière quelconque un nerf de sensation spéciale, on produit des sensations en rapport avec ce nerf. Si l'on irrite le nerf optique, on produit des lumières, des phénomènes de vision. On produit des diverses phénomènes d'audition en agissant sur le nerf qui y correspond. Partant de cette donnée, beaucoup de physiologistes, parmi lesquels se trouvent MM. Fouille, Darwin, etc ont admis que le phénomène physiologique n'avait qu'à

qu'à s'exagérer, qu'à se produire spontanément pour donner lieu à une hallucination. Ces auteurs et plusieurs autres ont admis cette théorie sensoriale. Ils ont poussé plus loin, et au lieu d'admettre que le sens était atteint dans sa partie périphérique, ils ont admis que la maladie siégeait dans la partie centrale. Ils ont alors très facilement expliqué l'hallucination : ils ont dit que dans la perception normale, il se passe un mouvement centripète qui part de l'oreille pour arriver au sens et de là au cerveau dans l'hallucination le mouvement est centrifuge ; il part du cerveau pour arriver au sens, et de là dans le monde extérieur : c'est dans le même phénomène qui se produit en sens inverse. Dans l'état normal, vous avez une

sensation provenant d'une perception extérieure, dans l'hallucination, au contraire, vous avez même phénomène, même sensation, parce que votre cerveau malade produit à l'origine opposée du nerf une modification qui se transmet en sens inverse vers le nerf sensorial vers l'extérieur, de manière à procéder du dedans au dehors.

D'un autre côté les faits pathologiques sembleraient donner raison à la même théorie. Dans beaucoup de circonstances des faits de maladies cérébrales localisées à l'origine des nerfs sensoriaux. Dans le nerf olfactif, par Ex, il y a beaucoup d'Ex. Vous avez là une maladie locale du cerveau qui détermine des sensations spéciales. Vous avez une hallucination de l'odorat, de l'ouïe ou de la folie vue.

Des faits pathologiques semblent donc confir-
mer complètement cette double base que l'on
appelée = la théorie sensoriale de l'hallucina-
tion.

Esquirol et beaucoup de ses élèves n'ont pas
tenu compte du sens, pour expliquer l'h-
lucination. Ils ont admis que l'hallucina-
tion était un phénomène absolument cé-
rébral, complètement étranger à l'apparei-
sensorial. Il a admis que l'hallucination
n'était qu'une production de l'imagina-
tion, de la mémoire imaginative, du
cerveau en un mot, agissant avec la
mémoire : que c'était une production spon-
tanée, cérébrale et intra-cérébrale, dans
laquelle le sens n'intervenait en rien.

Mais, de même qu'il est de la loi de
l'imagination normale, lorsqu'il se produi-

une sensation de la rejeter au dehors, de même dans l'état maladif, lorsque le malade se produit une sensation ancienne, la loi serait de rejeter cette sensation au dehors, soit dans le sens de la vue soit dans le sens de l'ouïe : de sorte que l'imagination et la mémoire suffisaient pour expliquer le phénomène de l'hallucination.

Les poëtes et les artistes peuvent se représenter des souvenirs anciens et isolés des séries de souvenirs très nombreux, un opéra tout entier, une peinture avec tous ses détails, un poëme, lorsqu'ils sont sous l'influence d'une excitation cérébrale tout aussi bien que, lorsqu'étant à l'état normal, leur imagination peut se représenter une multitude d'expressions anciennes et les coordonner. Si, à l'état normal, nous avons cette faculté éminente qui nous permet de nous représenter les objets, de leur don[illegible]

ner l'apparence de la réalité, il est plus vrai encore que, dans un état plus grand d'excitation, on peut évidemment se rappeler mille petits détails qui pourraient échapper à la mémoire, à l'état normal.

A l'état normal, ces images, ces souvenirs ne sont jamais séparés du moi, de l'individu qui les a conçus. Nous avons la sensation que nous sommes à la fois acteur et témoin ; il n'y a pas séparation entre les productions de notre pensée, et nous-mêmes.

A l'état maladif, au contraire, cette scission s'opère et le malade n'a pas conscience du travail spontané de son esprit. C'est de cette façon qu'Esquirol et ses élèves expliquaient les divers temps du phénomène de l'hallucination.

Il y a deux théories en présence : la thé[orie]

sensoriale et la théorie intellectuelle. La théorie sensoriale admet que tous les phénomènes se passent à l'origine du nerf sensorial. Dans la théorie intellectuelle, au contraire, on admet que c'est l'imagination et la mémoire fonctionnant d'après des lois normales exagérées, que produisent ses visions et qui les reflètent dans le monde extérieur, de manière à leur donner toutes les apparences de la réalité. Indépendamment de ces deux théories, il y a encore une théorie mixte dans laquelle, en admettant une théorie mixte dans laquelle, en admettant les deux thèses, on a cherché à les fusionner. Les uns ont admis des hallucinations sensoriales, les autres des hallucinations intellectuelles, c'est à dire, que, suivants les faits, on a appliqué l'une ou l'autre théorie. D'autres auteurs, M. Baillarger, par Exe, qui ont fait des travaux très interessants sur ce sujet

ont admis que, dans le même phénomène,
il y avait les deux éléments de la théorie sen-
soriale et de la théorie intellectuelle. Ils ont
admis que pour certaines hallucinations, il
fallait qu'il y eut un fait sensorial extra-
cérébral, la production d'une lumière ou d'u
son et qu'il fallait ensuite l'interventio
de son imagination, pour transformer ce
son ou cette lumière en voix ou en vision.
En effet, la principale objection que l'on
peut faire à la théorie sensoriale pure, c'
que les phénomènes physiologiques n'ont
jamais pu consister que dans les phéno-
mènes élémentaires. On a produit, par
Ex dans les états maladifs de la vi-
sion des phénomènes de lumière, des
feux mais jamais une vision ayant
une apparence de réalité extérieure. On
a produit, par Ex, ~~dans~~ ch. des phénomè

lumineux élémentaires, mais jamais une vision ayant apparence de réalité extérieure. Pour produire une vision ou une voix, il faut l'intervention des facultés intellectuelles; il faut, pour avoir une hallucination telle qu'elle se produit chez les aliénés, qu'il se ~~présente~~ passe autre chose qu'un fait purement sensorial: il faut la mémoire qui, seule, peut créer un objet distinct, avec ses caractères propres, ou créer une voix, avec l'expression d'une idée, car une voix se compose de mots, de pensées, et il faut l'intervention de la partie intellectuelle de notre être pour réunir la voix sous forme de mots et de pensées.

Cette pensée mixte qui admet que le fait sensorial constitue le point de départ, mais que le fait intellectuel est nécessaire ensuite, pour venir lui donner un corps, cette théorie, dis-je, paraît d'autant plus admissible que les deux autres ne-

satisfaisaient complètement l'esprit, surtou
pour les hallucinations de l'ouïe. Pour
les hallucinations de la vue, il y a beau
coup de faits qui pourraient s'expliquer
par la théorie sensoriale. Dans ces hal
lucinations, en effet, on peut comprendre
surtout dans certaines maladies céréb
les, que l'élément sensorial joue un
grand rôle; mais pour l'ouïe, cette thé
orie fait complètement défaut, car l'ou
entraîne avec elle la nécessité de la pensé
or, le fait de la pensée retracée par u
mot, est un fait cérébral dans lequ
le sens n'intervient en rien et qui n
peut s'expliquer par le sens. Pour com
prendre l'hallucination de l'ouïe, il
n'y a qu'une manière, c'est de fair
intervenir la pensée, la mémoire et
l'imagination.

Qu'est-ce que les aliénés croient entendre ? des injures, des ordres impératifs qu'on leur donne ils pensent des mots qu'ils composent avec eux une idée. C'est donc un travail exclusivement intellectuel et dans lequel le sens n'intervient en rien. Aussi lorsqu'on étudie les hallucinations de l'ouïe, arrive-t-on à conclure nécessairement que cette hallucination n'est pas autre chose que la pensée transformée en sensation. L'aliéné commence à avoir certaines idées délirantes. il croit qu'on le poursuit, par ex : Jus que là ce n'est qu'une conception délirante. En passant dans la rue, il aperçoit une personne qui fait un geste et au lieu de considérer ce geste comme insignifiant, il se l'attribue : il croit que c'est à cause de lui qu'on a fait ce geste = voilà l'illusion qui commence. Dans ce cas, l'aliéné constate,

un fait et il l'interprète faussement. Mais plus tard, ce n'est plus une simple interpré-tation; le malade crée de toutes pièces un fait qu'il s'incarne intérieurement et il lui rapporte certains paroles injurieuses très nettes, qu'il croit venir du monde extérieur et comme il ne voit personne, dans la so-litude ou dans la nuit, il est bien obli[gé] de chercher des motifs pour se rendre com[pte] de ce phénomène. C'est alors qu'il dit que les murailles sont percées, qu'il exi[ste] chez lui des porte-voix dont il ignore l'existence, qu'il y a des moyens mys-térieux de pénétrer dans son intérieur. Il ne voit personne, et cependant il a la sensation d'un fait habituel et il ne lui est pas possible d'en méconnaître l'existence, mais d'un autre côté, il ne peut pas nier l'existence; mais d'un autre côté il ne peut pas nier l'évidence

il ne peut pas faire autrement que de constater que personne n'est auprès de lui et néanmoins il entend des paroles ; c'est alors qu'il cherche des moyens mystérieux pour expliquer ce qu'il entend.

Il existe donc deux théories principales des hallucinations. Dans l'une, on considère ce phénomène comme sensorial, comme se passant soit dans la périphérie, soit dans la partie centrale du nerf. Cette théorie est insuffisante, elle ne peut rendre compte que des hallucinations élémentaires de la vue, mais non d'une véritable hallucination, c'est à dire d'une vision et d'une voix.

D'autre part, la théorie d'Esquirol, théorie exclusivement intellectuelle, qui ne suffit pas non plus à expliquer tous les faits, surtout les hallucinations de la vue, mais cette théorie est la seule

qui puisse rendre compte de l'hallucination de l'ouïe, c'est à dire de celle dans laquelle la pensée et le mot sont si intimement réunis, qu'on ne peut pas les séparer. La pensée et le mot sont le fonds, le son n'est qu'un accessoire, une conséquence de la pensée et du mot. De même, à l'état normal on parle mentalement, et il nous semble entendre notre propre pensée parlée intérieurement. Nous avons là le phénomène élémentaire de l'hallucination de l'ouïe. Eh bien, supposez quelques degrés de plus, et cette pensée, d'intérieure, va devenir la pensée parlée extérieurement. Nous avons donc là l'interprétation rationnelle, parfaitement convenable du phénomène de l'hallucination de l'ouïe. Il importe donc de distinguer, au point de vue de la phéno-

de l'hallucination, celles de la vue et celles de l'ouïe : et c'est pourquoi Esquirol avait admis deux sortes d'hallucinations : des hallucinations sensoriales et intellectuelles et des hallucinations dans lesquelles l'élément cérébral existait seul. Cette distinction ne peut pas s'appliquer à tous et, au point de vue clinique, il importe de tenir compte, pour le diagnostic si le fait est exclusivement intellectuel et se passe dans la sphère des facultés de l'intelligence et du cerveau, et s'il est en dehors de la sphère sensoriale.

J'ai voulu aujourd'hui, Messieurs, résumer devant vous ces théories mais j'aurai l'occasion d'y revenir à propos de chacun des phénomènes particuliers.

La séance prochaine sera consacrée à l'étude des phénomènes physiques des maladies mentales

6me Leçon

Samedi, 18 Décembre 1869.

Messieurs,

Dans les séances précédentes, j'ai cherché à vous exposer, sous une forme tout à fait générale, les principaux symptômes intellectuels et moraux des maladies mentales. Je vous ai dit, en commençant que, dans l'état actuel de la Science, nous étions obligés de parler d'abord de la folie, en général avant d'arriver à l'étude des espèces en particulier. J'ai dit que, lorsque la science sera plus avancée, il sera probablement possible de se borner à la pathologie spéciale

mais que dans l'état actuel de nos connaissances, nous devons commencer par quelques généralités sur la folie, considérée d'une manière générale.

Après avoir exposé les symptômes psychiques, c'est à dire intellectuels et moraux, il me reste aujourd'hui pour compléter cette partie de la pathologie générale, à vous parler des symptômes physiques des ~~mentales~~ maladies mentales, à faire l'étude des lésions de la sensibilité, des mouvements et des fonctions organiques chez les aliénés.

Les difficultés que nous avons rencontrées jusqu'ici pour traiter des symptômes intellectuels et moraux, sont encore plus grandes quand il s'agit des symptômes physiques. Donner de tous les aliénés la même description, c'est s'exposer à rester dans des généralités vagues: car les alié

rés diffèrent singulièrement les uns des autres ce qui est vrai d'une variété, ne l'est pas d'une autre. ~~Il est~~ Ce qui est vrai d'une variété, ne l'est pas d'une autre. Il est donc très difficile d'abstraire des faits qu'on observe chez les aliénés, certains caractères généraux qui puissent s'appliquer à un grand nombre d'entr'eux. Cependant, on peut en trouver quelques uns, et c'est ce que plusieurs auteurs ont fait.

Commençons par la sensibilité : nous avons déjà parlé de deux phénomènes qui y touchent de près : les illusions et les hallucinations ; mais aujourd'hui, je veux vous entretenir de la sensibilité physique, c'est à dire de la sensibilité générale. Elle peut présenter deux ordres de perturbations : elle peut être augmentée ou affaiblie ; il peut y avoir hyperesthésie ou anesthésie.

L'hyperesthésie est un fait assez rare. Dans la plupart des cas, quand il y a exagérati[on] de la sensibilité, elle est en rapport ave[c] l'exaltation de toutes les fonctions. C'est dans la manie, dans le délire général avec excitation qu'on peut constater les ex[a]gérations de la sensibilité physique. Chez les malades qui se rapprochent du délire aigu, ou chez ceux qui sont dans la 1re période de la paralysie générale avec ex[-]citation, on constate une sensibilité telle[-]ment exagérée, que le malade éprouve d[e] la douleur au plus simple contact. Il résulte souvent de cette hyperesthésie, des phénomènes correspondants. Ainsi les malades s'imaginent être tourmen[-]tés, poursuivis, persécutés, empoisonné[s] même. Leurs idées délirantes ont pour

base, les phénomènes de la sensiblité physique.
C'est ce qu'on observe dans le délire de persécution, par Ex, et dans plusieurs états maniaques; dans d'autres circonstances, ce sont des perversions que la sensiblité générale éprouve, et de ces perversions résultent une foule de délires particuliers, analogue à ceux qu'on observe dans le delire fébrile ou dans le délire par intoxication
En parlant de ces délires, dans la prochaine séance, je signalerai que souvent les malades se croient légers, ils se sentent transportés dans l'air; ils ont une une sensation comme s'ils voloient, phénomènes que nous observons également dans le rêve.
Dans d'autres circonstances, ils ont une sensation de lourdeur; il leur semble que leur corps est de plomb; ils ne peuvent se mouvoir ils éprouvent une difficulté extrême à soulever ce poids, soit quand ils sont couchés, soit quand ils sont assis.

Ils éprouvent des phénomènes très variés de la sensibilité générale, qui sont difficiles à constater directement qu'on ne peut vérifier que par leurs résultats, c'est à dire par les actes des malades. Ces résultats sont quelquefois bien considérables. Ils vont jusqu'à la croyance au changement de la personnalité. Ils croient souvent que leur corps est métamorphosé, changé en fer, en plomb en diverses substances. Dans d'autres conditions ils croient que leur corps à cessé d'exister, qu'il est mort; que ce qu'ils perçoivent comme étant leur corps, n'est pas réellement vivant, que c'est une nouvelle machine ou le corps d'une autre personne substitué au leur. De là, beaucoup de délires de la personnalité qu'on observe surtout dans les formes chroniques.

Il y a des ex. très singuliers de ce

délires ; entre autres, un est rapporté dans le dictionnaire de médecine par M. Foville. Il est relatif à un malade nommé le père Lambert qui croyait avoir été tué à la bataille d'Austerlitz. Il racontait, en parlant de lui-même : ceci n'est pas mon corps : le corps du père Lambert a été emporté par un boulet à la bataille d'Austerlitz ; cette machine a été faite à son image, mais elle n'est pas réussie et elle lui ressemble mal.

Il parlait de lui-même, à la 3me personne. (c'est une locution usitée par beaucoup d'aliénés. Cela tient souvent, dans des cas donnés, à ce que le malade a des conceptions délirantes relativement à sa personnalité ; mais dans beaucoup d'autres cas, cela tient à des lésions de la susceptibilité générale. Dans d'autres cas encore, la lésion existe

dans les profondeurs de l'organisme, dans les cavités thoracique et abdominale, et il en résulte chez beaucoup d'aliénés, surtout ceux qui appartiennent à la forme hypochondriaque, des sensations à formes très variées qui donnent lieu à des délires très divers.

Ainsi des femmes se croient enceintes; elles éprouvent la sensation de l'accouchement. Dans d'autres circonstances, les malades ayant des douleurs abdominales pensent avoir le diable ou des animaux dans le corps; ils se croient empoisonnés. Le délire relatif aux sensations abdominales est très fréquent chez les aliénés. On a même cherché, comme je l'ai dit, à exploiter cette circonstance pour la guérison de certains délires; on a simulé des opérations pour extraire du corps des malades

un ver, un oiseau, un animal quelconque, et on a voulu faire croire au malade qu'il devait se trouver délivré. Mais l'observation prouve que, la sensation persistant, le malade conserve les mêmes idées, ou bien qu'elles changent de forme et se modifient sans disparaître d'une manière radicale.

A propos de la Mélancolie hypochondriaque et du délire de persécution, j'insisterai sur les délires de la personnalité ayant pour base une lésion de la sensibilité générale, soit interne, soit externe. Aujourd'hui, je dois me borner à signaler ce délire.

A côté de cette exagération, de cette hypéresthésie de la sensibilité se trouve le phénomène inverse, l'anesthésie, l'insensibilité. Elle est très fréquente dans plusieurs névroses : l'hystérie, l'extase, le somnambulisme, la catalepsie, et même l'épilepsie ; on l'y constate générale ou partielle

Elle est bien plus rare dans l'aliénation men-
tale proprement dite ; cependant elle existe
dans les folies liées à ces diverses névroses qu
leur succèdent ou coïncident avec elles. Ain
dans la folie consécutive à l'hystérie, on
constate assez fréquemment une anesthésie
générale ou partielle plus ou moins durabl
un côté du corps se trouve momentanémen
insensible à la douleur ou complètement in
sensible à la douleur au contact.

M. Beau et d'autres auteurs ont dis
tingué à l'analgésie, c'est à dire l'in
sensibilité à la douleur, de l'insensibili
du contact. Cette distinction très exact
en clinique ordinaire, l'est aussi en cli
nique mentale ; on observe chez les alié
nés une disposition à l'insensibilité à
la douleur lorsque la sensibilité au con
tact se trouve conservée.

Ce phénomène existe dans certaines form

liées aux névroses, par l'ex. l'extase : cet état particulier dans lequel les fonctions des sens sont presque complètement suspendues, l'intelligence persistant et étant même très active. L'individu, sous la domination d'un rêve intérieur paraît avoir la pensée complètement suspendue. Dans ce cas, il y a souvent anesthésie ; la peau du malade peut être piquée sans qu'il éprouve de douleur, il peut même subir des opérations, des mutilations considérables, sans en avoir conscience ou sans paraître en avoir conscience.

A cette occasion, il faut signaler un fait très intéressant observé chez les aliénés. On a constaté qu'ils ont pu se brûler, subir une mutilation pendant l'exaltation ou l'état de mélancolie avec stupeur, sans éprouver de douleurs. Les malades guéris ou dans l'état de rémission ne semblent pas se

rappeler ce qu'on leur a fait subir pendant l'accès. Il y a chez eux une perturbation générale du système nerveux importante à constater : elle différencie cette forme d'autres variétés mentales dans lesquelles ce fait ne pourrait pas se produire.

L'anesthésie a été notée également par plusieurs auteurs, notamment par M de Crozant dans les prodrômes de la paralysie générale surtout dans certaines variétés. Lorsque cette maladie débute par une forme mélancolique ou par une forme mélancolique accompagnée de démence simple, il y a quelquefois diminution considérable de la sensibilité cutanée. On a donné ce symptôme prodromique comme pouvant servir à diagnostiquer par anticipation la paralysie générale, mais il n'est pas assez constant pour qu'on puisse l'adopter d'une manière

mis, passer des journées entières dehors, sans protection suffisante, et échapper à toutes les maladies qui devraient être la conséquence de l'action du froid. De même, pour les hautes températures, ils peuvent rester au soleil, pendant les plus grandes chaleurs de l'été sans éprouver d'insolation. Cependant, il faut toujours redouter les effets de l'insolation, pour les maladies cérébrales et ne pas s'exposer à courir ces chances dangereuses. Quoi qu'il en soit, les faits qu'on a cités, ont un côté vrai, mais ils ne sont pas aussi généraux, aussi absolus qu'on l'a dit.

Il faut encore signaler ce qu'on peut appeler le sentiment de maladie, qui est une forme de lésion de la sensibilité. Certains aliénés n'ont pas le sentiment physique de leur état maladif. Ils ne se sentent pas malades; ils refusent tout traitement

En effet, la plupart des fonctions organiques s'ac-
complissent avec facilité, ils conservent cette
illusion : quelques uns d'entre eux ont même
ce sentiment exagéré ; ils ne se sont jamais si
bien portés, ils sont dans un état de satisfac-
tion générale basée sur le sentiment physique
du bien être. Cela se voit dans certains états
maniaques et surtout sur la 1re période
la première de la paralysie générale, avec
excitation.

Cela se voit également dans les maladies ner-
veuses, comme l'hystérie ou l'épilepsie : on
a même fait cette remarque très juste, c'est
que ce symptôme précède l'explosion d'un
accès. Quand une hystérique ou un épilep-
tique raconte être dans un état de bien être
extraordinaire on peut craindre une attaque
car dans la plupart des cas elle se produit.
La même chose se remarque chez les alié-
Avant les accès de manie maniaque vio-
lente, on constate chez eux une exagération

du sentiment de bien être. Chez beaucoup d'autres aliénés au contraire le sentiment de la maladie est exagéré. C'est la base de toutes les formes hypochondriaques ou mélancoliques. Les ~~mélanco~~ malades, dans ces états particuliers, ont une prostration extrême accompagnée d'un malaise indéfinissable. Ils se sentent tellement mal à l'aise, mal disposés qu'ils croient qu'ils vont mourir. Il y a là, comme vous le voyez deux phénomènes inverses : d'un côté, un sentiment de bien être, de l'autre côté un sentiment de malaise exagéré. Ces phénomènes physiques surviennent dans toutes les phases des formes opposés des maladies mentales, expansives et dépressives. Les phénomènes physiques et moraux marchent parallèlement et il convient de les étudier d'ensemble. Il ne faut pas fragmenter l'observation ; il ne faut pas faire de l'étude

l'observation ; il ne faut pas faire de l'étude au point de vue purement psychique et on doit noter les phénomènes physiques qui complètent la description de l'état morbide. J'arrive aux lésions des mouvements. La motilité est très souvent troublée chez les aliénés. Elle l'est même bien plus souvent qu'on ne le croit. On la trouve exaltée ou affaiblie. Le système musculaire peut acquérir une exagération extraordinaire de force dans certains états maniaques. On voit alors des malades pouvoir lutter contre plusieurs personnes ; ils ont une force que rien ne peut dompter. La cause de cette force a été interprétée différemment. Les uns n'y ont vu qu'une pure expansion nerveuse cérébrale qui s'est déversée sur le système musculaire normal, poussant le malade à l'action, par l'exagération de l'impulsion volontaire

d'autres ont dit qu'indépendamment de l'élément moral de la volonté, il y a un autre élément nerveux, c'est à dire, une altération du système musculaire qui est l'exagération de sa contractilité propre, c'est à dire qu'il y a à la fois, lésion du système nerveux central et du système musculaire lui-même.
Cependant, il ne faudrait pas exagérer ce fait qui ne s'applique qu'à certains cas, dans beaucoup de circonstances, on a cru à une exagération de force chez les aliénés, qui n'est pas si grande qu'on l'a dit. Les aliénés subissent comme les autres hommes, les résultats de la fatigue et après une excitation prolongée pendant le jour et la nuit, ils finissent par perdre des forces et à être très faible; comme l'homme à l'état normal.
Le phénomène inverse existe chez les mélancoliques, il y a chez eux une prostration du système musculaire; ils restent au lit, immobiles, ils ne peuvent bouger, non seu-

lement parce que la volonté est altérée, et qu'ils ont des conceptions délirantes qui les portent au repos, mais parce que leur système musculaire est atteint en même temps. Ils ont une faiblesse extrême; c'est pour eux un effort considérable que d'être obligés de se lever; on est souvent forcé de les habiller comme des enfants, de les asseoir, de les faire marcher; en un mot, il y a une lésion de système musculaire dont il faut tenir grand compte pour la description de la maladie.

Il existe aussi des lésions partielles du système musculaire; elles se présentent sous la forme de spasmes, de contractures, de convulsions, comme dans les autres maladies cérébrales; seulement elles sont plus rares. Dans les maladies cérébrales, dans les encéphalites, comme l'apoplexie, le ramollissement, les contractures et

les convulsions sont fréquentes ; mais, en dehors de la paralysie générale, qui est une maladie intermédiaire entre les maladies du cerveau et la folie, ces phénomènes sont très rares dans les cas de folie. Cependant, dans quelques maladies mentales liées aux névroses, comme l'extase, le somnanbulisme, la catalepsie, l'hystérie, l'épilepsie, on peut observer des phénomènes de contractures partielles, soit dans la main, soit dans le pied, dans les muscles de la face, dans ceux de la langue et dans ceux des organes de la voix.

L'altération de la voix chez les aliénés mérite qu'on y insiste. Elle s'observe surtout dans la manie. Les malades changent d'intonation de voix ; ils ne parlent plus de la même façon, on ne reconnaît plus leur voix. On a vu quelquefois cela dans les cas d'hystérie, de même dans la mé_

lancolie la voix s'altère, mais dans le sens inverse, elle devient presque nulle ; à peine les malades se font-ils entendre.
Dans d'autres circonstances, on observe un tremblement ou bien des phénomènes musculaires dans tous les organes : dans le poumon, dans le coeur, dans les intestins, dans l'estomac et même dans les organes génitaux. On pourrait parcourir successivement tous les organes de l'économie et signaler des phénomènes de lésions musculaires pour toutes les diverses formes de maladies mentales. La constipation elle-même si fréquente chez les aliénés peut être attribuée, dans certains cas, à une lésion de la membrane musculaire de l'intestin, il y a inertie de cet organe.
On peut encore constater des tremblements des mouvements généraux presque choréiques, dans certaines formes de la mélancolie anxieuse, dans certaines formes de

de la mélancolie avec stupeur, dont je parlerai en m'occupant de la pathologie spéciale.
Dans d'autres cas, ce sont des tremblements fébrillaires des muscles sous-cutanés qu'on peut observer, même au repos.
Enfin, il y a des contractures temporaires et même des convulsions partielles ou générales. Des aliénés qui, d'ordinaire, se portent bien, qui ne présentent pas de phénomènes appréciables dans le système musculaire, même en dehors de la paralysie générale, peuvent présenter des contractures partielles dans les membres ou des convulsions plus ou moins généralisées. M. Calmeil, dans un ouvrage sur les affections de l'encéphale, a noté beaucoup de faits de ce genre, non seulement dans les encéphalites ou dans les méningites, mais dans les folies à l'état aigu. La mort peut même survenir par cette cause, dans certaines circonstances particulières, chez les aliénés[2].
Après ces généralités sur la sensibilité

et la motilité, je vais terminer l'étude des fonctions organiques. Mais d'abord, je dois parler de deux fonctions qui sont en quelque sorte sur les limites de la vie organique et de la vie animale végétative : du sommeil et des fonctions génitales. Le sommeil est ordinairement troublé chez les aliénés surtout dans la 1re période. C'est un fait constant. On ne doit jamais oublier, quand on interroge un aliéné ou ses parents, de les questionner à ce sujet et presque toujours on obtient cette réponse, que depuis quelque temps le malade dort très mal ou très peu. Cette insomnie est accompagnée de rêves passagers rêvasseries. On a même signalé ce fait assez fréquent que la folie peut être précédée par des rêves qui sont en quelque sorte le prélude des phénomènes qu'on observera au début de la maladie. Certaines visions que les aliénés éprouvent une fois la folie déclarée, ont commencé par se produire

dans l'état de rêve, de même que dans d'autres circonstances, on voit des rêves coïncider avec la période de convalescence ou de guérison. Dans la période aiguë, l'insomnie est donc le fait ordinaire, mais cette insomnie peut se prolonger, et ceux qui ont étudié les aliénés, pendant la nuit ont constaté qu'elle dure quelquefois pendant plusieurs mois et même davantage. Dans la paralysie générale, par Ex. on voit certains malades qui, pendant très longtemps ne dorment presque jamais jusqu'au moment où l'excitation baisse et se transforme peu à peu en démence. Quand le sommeil, chez un aliéné, devient régulier, profond, on doit craindre le passage à la démence à moins qu'il ne s'agisse de la convalence ou de la guérison. Mais s'il coïncide avec la persistance des phénomènes intellectuels ou moraux, on doit craindre la chronicité. Il en est de même pour l'embonpoint; quand il survient, c'est presque toujours un signe de chronicité.

Les fonctions génitales sont très souvent troublées, soit en plus soit en moins, surtout dans la 1re période. La plupart des symptômes physiques que j'ai énumérés s'appliquent surtout aux 1res périodes. On a dit avec raison que la folie était accompagnée souvent d'un état de santé parfait, mais ce n'est applicable qu'à la période chronique. Dans la période aiguë il y a presque toujours des symptômes physiques, en même temps que des symptômes intellectuels et moraux. Je disais que les fonctions génitales étaient surtout très excitées dans les prodrômes. Avant de devenir aliéné, beaucoup de malades, hommes ou femmes, ont une exagération du sens génital. Ce n'est pas seulement vrai de la paralysie générale où c'est ordinaire, mais cela s'applique à beaucoup de variétés, surtout maniaques, et elles ont commencé par un état d'ex

tation des fonctions génitales qui coïncide avec celui de toutes les autres. Dans l'hypocondrie, dans la mélancolie, dans les formes accompagnées de prostration c'est le fait inverse qu'on observe. On voit souvent l'impuissance précédée de plusieurs mois ou de plusieurs années l'explosion de la folie. Si l'on remonte dans les antécédents des malades on constate par leurs confidences, qu'ils avaient déjà commencé à s'inquiéter de cette impuissance, qu'ils avaient consulté des médecins à ce sujet.

On a noté de même les pertes séminales comme prodrôme ou cause de la folie; plusieurs thèses en mémoire ont été publiés sur ce sujet à commencer par le mémoire célèbre de M. Lallemand sur les pertes séminales. On a peut être exagéré cette influence, mais elle est réelle. M. Lallemand avait trouvé dans la plupart des états mélancoliques avec penchant au suicide, le fait de pertes séminales. Il s'est exagéré son importance, mais il faut en tenir compte.

Lorsque des aliénés ont des pertes séminales parfaitement caractérisées, constatables au microscope, on peut considérer ce fait comme une des circonstances étiologiques principales de leur maladie.

Plus la folie avance vers la chronicité, plus ces phénomènes relatifs aux organiques génitaux disparaissent. Mais, en général, le sens génital est plutôt affaibli qu'augmenté chez les aliénés pris dans leur ensemble. Seulement, il faut noter que l'onanisme est très fréquent chez eux et cette déviation du sens génital a donné lieu souvent à des accidents très graves. Certains malades dans ces conditions arrivent à un état d'incurabilité précoce.

Les fonctions de nutrition sont plus rarement altérées chez les aliénés; cependant, presque toujours, au début, elles se font très mal. La plupart des aliénés mélancoliques ou maniaques commencent par maigrir.

Quoi que l'on ait défini la folie une

affection cérébrale sans fièvre, dans beaucoup de cas surtout au début on peut constater une accélération du pouls et même une augmentation de la température. C'est surtout vrai pour le cas de manie aiguë, mais cela se rencontre aussi dans d'autres variétés de maladies mentales. Mais dans certains cas, dans la mélancolie par Ex, il se produit un phénomène inverse; on constate un ralentissement excessif du pouls; il est presque insensible dans quelques cas de mélancolie avec stupeur.

Les fonctions de digestion se font également très mal. Au début, il y a presque toujours dyspepsie, gastralgie; la langue est sale, il y a perte d'appétit, constipation opiniâtre; quelquefois météroisme; enfin des phénomènes de tout ordre, dans la sphère de l'estomac et du tube intestinal.

Ces phénomènes, quoique principalement observés dans les formes mélancoliques ou

hypochondriaques existent dans d'autres formes
Il importe donc beaucoup de les noter simul-
tanément avec les autres lésions physiques.
Les observations des littérateurs, des romanciers
dans lesquelles on se borne à noter le côté pit-
toresque; les idées exprimées par les mala-
des, la bizarrerie des conceptions délirantes
sont très incomplètes et ne peuvent servir
à l'avance de la science. Il est impossible
de distinguer les variétés de la folie, si
l'on ne tient compte à la fois des phénomè-
nes physiques et moraux. Cette observation
est surtout nécessaire en ce qui concerne
les prodromes de la folie.

M. Moreau de Tours a publié dans les
annales médico-psychologiques des obser-
vations intéressantes sur les phénomènes pro-
dromiques. Les auteurs allemands ont insisté
sur cette symptomatologie. Dans ces divers
travaux, on trouve constatée l'existence
de beaucoup de phénomènes physiques

chez les aliénés, par Ex, l'anxiété précordiale à la région du coeur et de l'épigastre, sensation que les aliénés interprêtent de diverses façons, mais dont l'observation indique l'analogie chez tous les malades. Les uns disent qu'ils ont comme une main de fer qui les serre, d'autres ont la sensation d'une pesanteur gênante, de douleurs variées qui compriment la base du sternum et embarrassent la respiration. Le mot anxiété précordiale exprime très bien ces diverses sensations Presque toujours elles coïncident avec une sensation morale correspondante : le desespoir et la tristesse. Cette sensation a été constatée dans la plupart des formes mélancoliques.

Des malades éprouvent une sensation analogue au niveau des tempes ; ils ont des céphalalgies intenses et ils expriment cette sensation en disant qu'ils ont une tête de plomb, qu'ils ont la tête serrée

comme dans un étau ; ils ont une sensation de vacuité à la tête.
Les sécrétions sont aussi souvent altérées, la peau est sèche, elle peut arriver à se détacher par écailles. Ce fait est en rapport avec une lésion profonde de la nutrition, et on le constate surtout dans les formes mélancoliques.
Les urines sont souvent plus abondantes qu'à l'état normal. Dans certaines variétés par ex, de la paralysie générale, pendant la période d'excitation maniaque, avec tendance à la démence, on constate une augmentation des urines fort peu en rapport avec la quantité de liquide ingéré. On remarque aussi une salivation excessive, surtout dans la mélancolie. Les malades qui arrivent à la stupeur ont une stupeur saline qui s'écoule involontairement et ne tarit pas pendant des mois et des années. Elle est analogue

à la salivation mercurielle et se trouve en rapport avec une perturbation considérable du système nerveux.

Les auteurs allemands ont beaucoup insisté sur les diverses lésions des organes de l'économie, ils ont admis des folies pulmonaires, abdominales, cardiaques.

L'école somatique, à la tête de laquelle était le célèbre Jacobi, a cherché à mettre en rapport constant les formes de folies avec lésions de l'organisme. Elle a fait des travaux importants pour constater les lésions du coeur, du poumon, et des divers organes de l'abdomen correspondant aux diverses formes de folies. Ces travaux ont permis de reconnaître que, dans un certain nombre de cas, les malades offraient des maladies du coeur, du poumon ou de l'abdomen, mais les relations entre ces diverses maladies et la folie n'ont pas été clairement établies. Il s'agissait

de faits de coïncidence et non de relation de cause à effet.

En France, on est très cérébriste. L'École de Pinel et d'Esquirol a laissé son empreinte, et c'est à peine si l'on admet des folies sympathiques. Cependant, dans certains cas, elles existent évidemment : ainsi, lorsqu'il s'agit de pertes séminales, de troubles dans les organes génitaux, il y a eu des faits où l'on ne peut contester une relation avec le cerveau, mais ces cas sont rares. Il faut dire que s'il existe des folies sympathiques, la plupart du temps, on ne peut établir aucune relation de cause à effet.

On a poursuivi cette études pour les maladies du coeur. Beaucoup d'auteurs allemands constatent que la plupart des aliénés ont des maladies de coeur, mais en y regardant de plus près, on a reconnu le contraire. Sans doute, on a constaté des phénomènes nerveux dans la circula

-tion ; quelquefois une absence de concordance entre les perturbations du cœur et celles de certaines artères. Les carotides, par ex., battent plus fortement que les radiales. Mais de là admettre des maladies du cœur, il y a loin. Au contraire, les observations, à l'aide de l'auscultation et les autopsies faites dans les asiles, prouvent la rareté des maladies du cœur chez les aliénés à moins que l'asile ne renferme beaucoup de gens âgés chez lesquels ces maladies sont plus fréquentes.

Il a été publié beaucoup de mémoires sur les rapports de la folie avec la phthisie, mais on n'a pu établir de relations certaines entre les deux maladies. La seule chose que l'on ait constatée est une alternance remarquable assez fréquente entre les phénomènes de l'une et de l'autre maladie. Quand un phthisique devient aliéné, s'il le devient sous forme maniaque, il y a une dimi-

nution des phénomènes locaux de la phthisie, tous les phénomènes inhérents à cette maladie diminuent et même disparaissent pendant l'excitation cérébrale ; et si celle-ci s'abaisse, si le malade guérit, on voit reparaître les phénomènes de phthisie qui deviennent alors galopante et marche rapide vers la mort. Dans d'autres circonstances l'inverse se produit. Lorsqu'un aliéné devient tuberculeux, sa maladie mentale diminue d'intensité et même guérit momentanément. Il y a là une sorte d'alternance que l'on peut comparer à ce qui se produit au sujet de la grossesse.

On a fait beaucoup d'observations dans ce sens. Une femme aliénée devenant enceinte peut, momentanément, voir le trouble mental s'améliorer. D'autres fois, une personne enceinte, devenue aliénée, voit disparaître, pendant la grossesse en grande

partie, les phénomènes nerveux qui s'y rattachent.
En résumé, il y a certainement des rapports entre l'aliénation et la pthisie et la grossesse; mais on n'a pu les établir d'une manière rigoureusement scientifique.
On a cherché encore à établir des rapports entre les lésions de l'abdomen et la folie mélancolique. Les anciens disaient que, dans ce cas, le trouble de la veine-Porte était la cause de la maladie, et ils l'exprimaient en disant = Vana-porta = Porta-malorum. Ils faisaient résider l'hypochondrie dans les lésions sous-diaphragmatiques. Jacobi a publié beaucoup d'observations de maladies mentales liées à la suppression d'hemorroïdes, à des engorgements du système nerveux abdominal, à des maladies variées des organes sous-diaphragmatiques. Ces faits peuvent figurer à titre de circonstances principales ou acces-

toires dans l'étiologie de la folie, mais pour admettre que ce soit la cause véritable organique de l'état mental, c'est plus difficile à démontrer.

A cet égard, il y a même des faits importants à signaler. Ainsi, quand on étudie les observations citées par Jacobi, on y reconnaît plusieurs cas évidents de paralysie générale avec les symptômes moraux et physiques que nous connaissons.

Les Ex de Jacobi pris en 1828 ou en 1830 remontent à une époque où la paralysie générale n'était pas comme en Allemagne. Il a pris les cas, comme s'ils appartenaient à la manie simple, tandis qu'il s'agissait de paralysie générale, et il a attribué les phénomènes qu'il décrivait à des causes abdominales, à la suppression d'hémorroïdes etc etc. Quand on suit les observations, on voit que la folie a suivi

sa marche ordinaire ; on voit qu'à l'autopsie, il a constaté les lésions de la paralysie générale. Il peut donc avait la même erreur pour des formes moins bien connues et d'une démonstration plus difficile. Ainsi, ce n'est pas dans les lésions des divers organes qu'il faut chercher les causes des maladies mentales, mais c'est surtout dans le cerveau qu'il faut chercher l'origine principale. La folie est presque toujours une maladie idiopathique ; elle peut avoir une cause éloignée, périphérique dans nos organes, mais cette cause est secondaire ; la cause principale est dans l'organe central encéphalique.

Pour terminer cette étude des symptômes physiques, il faut dire quelques mots des phénomènes nerveux. Je dois signaler qu'il existe des phénomènes nerveux dans presque tous les organes. Lorsque l'on observe bien, on

reconnaît des céphalalgies, des douleurs des yeux, des lésions variées de la vision, du strabisme, une dilatation inégale de la pupille, des lésions des muscles de la face, des lésions de l'ouïe, des muscles de la face, des organes génitaux et même génito-urinaires. Les Allemands ont beaucoup insisté sur la lésion des névralgies avec la folie et ils ont cherché à la combattre par des injections de morphine et d'autres substances. Ils ont, dans quelques cas, réussi au delà de toute espérance. Un médecin distingué du duché de Bade a publié un mémoire intéressant dans lequel il établit la relation de la névralgie surtout avec la mélancolie. Il poursuit son examen non seulement dans la période aigüe, mais même dans la plupart des cas chroniques, et démontre que, lorsque la folie est accom-

pagnée de douleurs nerveuses, la curabilité est plus probable que dans les autres cas.

Cette étude a été faite par d'autres auteurs, principalement par le Dr Schüle qui a fait un travail spécial sur ce sujet, et a démontré plus complètement que ses prédécesseurs les relations entre les névralgies et le trouble mental.

Vous voyez, Messieurs, par cette revue rapide et superficielle, combien on constate des phénomènes nerveux chez les aliénés. Nous retrouvons ces phénomènes à propos des différentes formes que nous examinerons successivement.

Dans la prochaine séance, j'aborderai la pathologie spéciale. Je suivrai pour l'exposer la classification généralement reçue. Nous parlerons d'abord du délire général, puis du délire partiel avec ses diverses variétés, de la mélancolie avec ses diverses formes

et du délire monomaniaque avec idées gaie[s]
ou expansif. J'arriverai ensuite à la su[ite]
paralysie générale qui terminera l'exposé
des formes particulières.
Si le temps me le permet, je chercherai à
terminer ce cours par quelques leçons sur
l'étiologie, l'anatomie pathologique et le
traitement des maladies.
Dans la prochaine séance, je parlerai du dé-
lire aigu, comme préambule de l'étude
du délire général. C'est un état mental
intermédiaire entre l'état pathologique
et l'état ordinaire : il nous servira de
transition naturelle entre les connaissances
acquises sur les maladies du cerveau ou
nerveuses et l'aliénation mentale propre-
ment dite. C'est un pont jeté entre
la pathologie ordinaire et la pathologie[.]
Cette étude nous servira d'introduction pour
arriver au délire *général* chez les aliénés.

7me Leçon

Mardi, 21 Décembre 1869.

Messieurs,

J'aborde aujourd'hui la pathologie spéciale de la folie. Dans les leçons précédentes j'ai cru nécessaire d'indiquer, sous une forme générale, la symptômalogie des maladies mentales. Les éléments principaux de cette symptomalogie étaient les lésions des facultés intellectuelles, les lésions des sentiments et des penchants, les illusions et les hallucinations et les troubles de la sensibilité, de la motilité et des fonctions organiques. C'est sous cette forme générale qu'on doit envisager la symptomalogie de la folie considérée comme maladie unique, comme maladie ayant des rapports communs.

Mais, je l'ai dit dans ma 1re Leçon, il impo[rte]
au point où la science en est arrivé, d'aban[-]
donner le terrain des généralités qui ne s'appliq[uent]
avec exactitude à aucun des aliénés qu'on es[t]
appelé à observer.

L'observation directe des malades ne comporte p[as]
de généralités applicables à tous les aliénés
sans exception. Vous avez vu combien les alié[nés]
diffèrent les uns des autres; il est donc im[-]
possible, pour une véritable observation, de se
tenir exclusivement dans des généralités,
comme on l'a fait depuis le commencemen[t]
du siècle, depuis Pinel et Esquirol.

Nous diviserons l'aliénation mentale en deux
grands groupes appartenant, l'un au délire
général, l'autre au délire partiel. Chacun[e]
de ces familles se subdivise en espèces et va[-]
riétés. L'aliénation générale en comporte
plusieurs; quand à l'aliénation partielle,

elle se compose surtout de deux grands groupes. l'un avec prédominance d'idées tristes, l'autre avec prédominance d'idées gaies ou expansives. Au premier, on a donné le nom de mélancolie ou lypémanie. Le second a été dénommé par Esquirol monomanie ou délire partiel avec expansion. La Monomanie se divise elle-même d'après les idées ou les actes prédominants. Ainsi, on a admis des monomanies d'orgueil, religieuses, érotiques et des monomanies d'après les actes prédominants du vol, de l'homicide, de l'incendie.

Aujourd'hui, je veux aborder le délire général ou avec excitation. Les deux caractères principaux de cette forme sont contenus dans les deux mots que je viens de citer. Le délire est général, c'est-à-dire, s'applique à un très grand nombre d'objets; on ne peut le limiter exactement; on ne peut pas dire que ces aliénés délirent sur un point plutôt que sur un autre. Certainement le délire n'est

absolument général et, au milieu du délire le plus étendu, il reste quelques traces de l'humanité, quelques vestiges des facultés normales; même dans le délire aigu, certaines paroles des malades comportent la rectitude des pensées ou des sentiments, il n'est jamais fait table rase absolument de toutes les facultés de l'homme normal, mais le délire est tellement étendu qu'il est impossible de préciser exactement la sphère dans laquelle il s'exerce.

Le 2me caractère principal c'est l'excitation. Il y a dans les mouvements, dans leur ensemble, un besoin d'agir caractérisé par ce mot d'excitation. Le malade ne peut se tenir en place, il remue sans cesse, s'agite dans toutes les directions à la fois.

Mais, vous le comprenez, ces deux mots: délire général et excitation sont très vagues et comportent une grande latitude. Entre le délire général aigu que vous connaissez

tous et celui qu'on désigne par le mot d'excitation maniaque simple, il y a de nombreux degrés dans l'échelle descendante que nous allons parcourir successivement.

Je veux parler aujourd'hui du délire le plus aigu = délire général avec excitation qui est au sommet de l'échelle.

Y a-t-il un caractère ou quelques caractères qui permettent de distinguer le délire aigu du délire chronique de la folie. On l'a cru longtemps. La pathologie a distingué nettement ces 2 espèces de délire. Les caractères sur lesquels on se basait, étaient au nombre de 3 surtout; le 1.er c'était la fièvre. On disait que dans le délire aigu il y avait un état fébrile, tandis que la folie était une maladie cérébrale sans fièvre. Quoi que très important, ce caractère est loin d'être absolu. Dans beaucoup de délires aigus il n'y a pas de fièvre, par Ex. dans les délires toxiques produits par des substances toxiques végétales

Au contraire, dans le délire de la folie, surtout dans les cas maniaques au début on constate de la fièvre, un mouvement fébrile, une augmentation de la chaleur à la peau une accélération du pouls.

Il en est de même d'un autre caractère qu'on a cherché à trouver dans la lésion des organes autres que le cerveau. On a dit que dans le délire aigu, la maladie a son point de départ, la plupart du temps, dans un organe autre que le cerveau = l'abdomen la poitrine; dans une maladie générale par ex, dans la fièvre typhoïde, la variole dans les pyrexies, les fièvres éruptives le délire est symptômatologique, et n'est pas essentiellement idiopathique. Mais ce caractère lui-même insuffisant, car le délire aigu nerveux proprement dit, qui n'est pas la folie, est essentiellement idiopathique et cependant il appartient à

la catégorie des délires aigus.
D'un autre, l'école somatique allemande, les auteurs qui reconnaissent pour maître Jacobi ont cherché à démontrer que, dans la folie, le délire est non idiopathique mais symptomatologique dans la plupart des cas, c'est à dire que la cause première réside dans un organe éloigné du cerveau. On a cherché à rattacher des folies à des lésions des organes intra-thoraciques et abdominaux du système génital. Mais, comme je l'ai dit, le caractère que l'on considère comme très absolu et tranché est loin d'avoir cette valeur.

Reste un dernier caractère que l'on peut seul considérer comme ayant quelque importance. Il est puisé dans la durée, et indiqué par le mot aigu lui-même. C'est qu'il a une durée courte, tandis que le délire chronique dure longtemps. Une délire de 15 jours, de 3 semaines, est

considéré comme un délire aigu. Quand, au contraire, la durée se prolonge plusieurs mois, on dit qu'il s'agit d'un délire chronique appartenant à une forme quelconque de maladies mentales - Mais ce caractère de durée est encore très incertain - La durée est une question de degrés ; elle ne peut constituer une différence de nature
On peut donc admettre qu'il n'y a pas de différence essentielle entre le délire aigu et le délire chronique ; que les mêmes phénomènes, les mêmes symptomes existent dans ces 2 ordres de délire ; qu'on ne peut trouver entre eux que des nuances, des différences de degrés.
Cependant, il importe pour la pratique, de laisser subsister cette distinction entre le délire aigu et le délire chronique.
C'est important, d'abord pour la médecine légale, puis pour la séquestration des aliénés. Il serait très fâcheux

de faire enfermer dans un asile, un malade atteint de délire aigu qui ne doit durer que 15 jours ou trois semaines. Il faut le traiter comme fébricitant, comme un malade ordinaire et le soigner dans un hôpital. Cela convient à divers points de vue : d'abord, pour le malade lui-même, ensuite pour son avenir et sa famille. Il faut donc distinguer les délires de très courte durée des délires chroniques. Aussi, n'est-il pas inutile de chercher quelques caractères qui permettent d'arriver à ce but.
Ces caractères ont été puisés principalement dans les circonstances accessoires, dans la maladie intercurrente, dans la maladie concommitante, bien plus que dans l'étude du délire lui-même. Cependant, bien que cette étude soit difficile, elle peut donner quelques résultats importants.
Si vous vous placez en face d'un délirant atteint de délire fébrile toxique, vous êtes frappé de suite d'un grand fait incontestable, c'est que le malade délire en

dedans, les sens extérieurs sont, pour ainsi dire fermés, et l'état du malade se rapproche énormément de ce qu'on observe dans l'état de rêve. ~~pendant~~ Le malade n'assiste pas aux faits du dehors, il est séparé du monde extérieur. Cela se produit non seulement dans l'état complet de rêve, mais même dans l'état incomplet dans le somnambulisme dans les états voisins du rêve dans ces divers états cérébraux de catalepsie, d'extase qui s'en rapprochent, il y a également suppression du monde extérieur. Ce que l'on observe dans ces états nerveux est très évident dans la plupart des délires aigus.

Voyez le malade atteint de fièvre typhoïde ou d'une autre maladie fébrile, il délire en lui-même à l'aide de souvenirs multipliés qui naissent spontanément ou par l'association des idées dans son

esprit : le monde extérieur ne fournit que très peu d'éléments à son délire ; le malade se réveille à moitié, il entrevoit, comme à travers un voile, les objets du monde extérieur, il répond aux paroles qui lui sont adressées, il fixe bien son attention sur les objets extérieurs, mais tout-à-coup il rentre en lui-même et son délire intérieur continue. Ainsi, le délire d'état de veille s'alimente avec les souvenirs et avec les idées, les éléments intérieurs de l'activité intellectuelle, mais il ne puise pas ses aliments dans le monde extérieur. Ce caractère est très essentiel à noter : il différencie tous les délires aigus, en masse, des délires appartenant à l'aliénation mentale.

Vous voyez dans la cour d'un asile, un maniaque parlant à haute voix, gesticulant, se livrant à des mouvements bizarres : il vous aborde lorsque vous paraissez devant lui, il vous parle en

croyant vous reconnaître, vous donne le nom d'un de ses parents, vous interpelle, répond à vos questions; il y a échange d'idées entre le malade et vous; il puise une grande partie de son délire dans les impressions du dehors. C'est à l'occasion d'un fait extérieur, soit dans le domaine de la vue, soit dans celui de l'ouïe, qu'il se met à délirer. Ses idées s'attirent successivement et s'enchaînent d'après les lois de l'association des idées mais à l'occasion d'une impression extérieure. Le maniaque donc, alimente son délire à l'aide des choses du dehors, tandis que le délirant l'alimente à l'aide d'éléments puisés dans son propre intérieur. Si vous suivez les paroles, les actes, les physionomies, l'attitude du maniaque et celle du délirant, vous pourrez continuer le parallèle et voir que l'un vit sur l'intérieur et l'autre sur l'extérieur. Cette distinc

est importante à noter et peut servir au pronostic. En effet, dans les états maniaques douteux qui sont très aigus, et où l'on peut se demander si l'on a réellement affaire à un cas d'aliénation mentale ou à un cas de délire aigu, il est essentiel de tenir compte de ce caractère. Si le malade vit dans le monde extérieur et alimente son délire à l'aide des choses actuelles, il faut admettre que le délire durera plus longtemps qu'on ne supposait et qu'il tend à devenir chronique; si, au contraire, le malade s'isole en lui-même vous pouvez dire qu'il s'agit d'un délire très aigu qui doit très probablement guérir avec rapidité ou aboutir à la mort. Je me borne à ces généralités sur les caractères distincts entre le délire aigu et celui de la folie et j'arrive à l'étude plus particulière de certains délires aigus.

On peut les diviser en 3 catégories = délires fébriles, délires toxiques et délires

aigus proprement dits, où nerveux.

Les délires fébriles surviennent dans beaucoup de maladies, telles que fièvres jaune, typhoïde, pyrexie générale : ils en sont une conséquence ordinaire. Le type de ce délire dans nos climats, celui qu'on observe le plus fréquemment, accompagne la fièvre typhoïde ; nous pouvons le prendre pour Ex. il présente des degrés très nombreux.

Les fièvres typhoïdes se divisent en deux variétés adynamique et ataxique qui sont en rapport avec l'intensité ou l'acuité du délire. Dans la variété adynamique le délire ressemble à une rêvasserie, à une loquacité solitaire plutôt qu'au violent et animé délire des maniaques. Dans la fièvre typhoïde ataxique, le délire est violent, furieux, et atteint un degré voisin de celui de la méningite. Le premier degré (c'est la rêvasserie) apparaît vers le 5me, 6me ou 7me jour de la maladie, en général. Le malade

commence à parler seul, entre les dents. Il y a la mussitation et en même temps, se produisent certains phénomènes physiques correspondant comme à la carphologie, c'est à dire à l'action de ramasser les objets extérieurs, de saisir au vol, comme des mouches, des araignées etc, d'effiler les couvertures, le besoin de ramasser qui est fréquent surtout dans la méningite.

Le délire se passe, en général, à l'intérieur, le malade parle à la fois bas et entre les dents; il est très difficile de suivre la filiation de ses idées, on saisit seulement quelques phrases incomplètes, des mots, des fragments d'idées; il faut une observation très attentive ou une connaissance très exacte des antécédents du malade, pour saisir quelques liens au milieu de ces délires épars. Le délire porte, en général, sur les idées qui ont préoccupé le malade avant la maladie. C'est comme dans le rêve qui reproduit

les préoccupations de la veille. C'est à la suite de chagrins que survient souvent la fièvre typhoïde, les diverses préoccupations du malade avant la maladie, reviennent pendant son délire. Il faut les connaître pour pouvoir les discerner dans les mots qu'il exprime.

Le délire de la fièvre typhoïde est interne; il s'alimente à l'aide de circonstances extérieures saisies au vol à travers le voile épais qui entoure le malade. Ainsi, pour bien analyser il faut tenir compte de ses principaux éléments puisés parmi les souvenirs du malade, et dans une certaine mesure dans sa vie du moment.

C'est dans le degré le plus prononcé qu'on peut mieux étudier le délire. Lorsqu'il passe à l'état aigu violent, accompagné de paroles énergiques et d'actes correspondants, il se rapproche alors beaucoup de la méningite; mais il en diffère par plusieurs caractères; d'abord par la stupeur. Le

malade dans le vague et la confusion de ses idées, ne peut arriver à en formuler aucune d'une façon nette. elles sont toutes entourées d'un nuage qui les rend difficiles à saisir pour lui-même. Il n'y a pas la ~~nettete~~ de langage que l'on rencontre dans le délire le plus aigu de la méningite.

Un autre élément du délire typhoïde est d'être essentiellement fragmenté. Les idées sont isolées, elles ne sont pas liées entre elles, et la même idée se reproduit souvent. Il y a donc une sorte de fixité du délire, à travers le vague général des idées. il y a une confusion générale au milieu de laquelle surgissent certaines idées isolées qui se reproduisent souvent. Le malade croit voir couchée à côté de lui une personne qui le gêne, et quand cette idée a été exprimée par lui, elle persiste pendant toute la durée de la maladie. Dans d'autres circonstances le malade exprime des idées relatives à sa personnalité. Il se croit mort il croit

son corps changé. Il y a des modifications de la sensibilité générale qui entraînent un délire correspondant. Elles atteignent quelquefois une si grande fixité, qu'elles persistent à la suite de la maladie. Après 21 jours, alors que le malade est en convalescence, certaines idées délirantes qui s'étaient produites pendant la fièvre, survivent à la maladie, quelquefois pendant plusieurs mois, et même, dans certaines circonstances elles peuvent devenir l'origine de véritables folies chroniques.

Ainsi, malgré la difficulté de l'observation on peut arriver à saisir, même pour le délire aigu, certains traits caractéristiques qui différencient ce délire des délires voisins. Il ne faut donc pas répéter avec tant de médecins, qu'il importe peu, dans la fièvre, d'étudier le délire, que ce délire est un symptôme, que

quand le malade a perdu la raison, il faut le traiter pour sa maladie principale, et qu'il est inutile d'étudier le délire en lui-même. C'est là une grande erreur, car même pour la fièvre typhoïde l'étude du délire peut donner quelques indications pour le diagnostic, le pronostic et le traitement, mais surtout pour l'avenir. Ces caractères sont très marqués dans le délire de la méningite, de l'encéphalite, on est souvent très embarrassé pour distinguer si un malade est atteint de typhoïde ou de méningite. Les points de contact, surtout au début, sont très nombreux. Ce n'est donc point une chose à dédaigner que de trouver dans la nature du délire des caractères distinctifs qui puissent aider le médecin.

Le délire de la méningite a-t-il

des caractères particuliers ? D'abord, il est très violent, presque furieux, il surgit d'une manière très rapide. Vous laissez un malade atteint de méningite commençante, dans un état presque normal au point de vue de la raison et, quelques heures après, il est complètement délirant. Sans doute, il y a une transition il a éprouvé une rêvasserie solitaire, mais elle a été tellement rapide, que le médecin n'a pu l'observer. Ainsi, 1er caractère : rapidité de l'invasion.

Un 2me caractère, c'est la multiplicité des aliments de l'hallucination. Le malade vit dans un monde complètement étranger au monde réel, dans un monde de chimères et de fantomes qui le poursuivent, des objets effrayants s'avancent vers lui, reculent ; il croit entendre des coups de fusil ou de canon. Il est au milieu de sensations étranges, différentes de celles du monde réel, qui ne sont pas produites par le monde extérieur qui l'entoure.

Un caractère important est tiré de la marche. Le délire quoique tenant à une lésion organique, à une inflammation du cerveau, est sujet à des intermittences et à des rémittences. Après plusieurs heures d'un délire suraigu, le malade revient à un état de calme qui fait croire à une guérison réelle. On ne pouvait tirer de lui aucune parole, il était dans un monde idéal et chimérique, maintenant, on peut échanger des idées avec lui, on peut en obtenir des réponses; quelquefois il se rappelle les circonstances du délire auquel il a échappé; il peut vous en raconter quelques traits isolés, fragmentés, mais après quelques heures passées dans cet état de rémission, on voit le délire revenir avec une grande intensité et atteindre quelquefois le degré de la fureur, jusqu'à ce qu'arrive la période du coma d'affaissement profond qui précède la mort. Ce se produit surtout dans les cas de méningite tuberculose. On peut dire que malgré sa violence et son étendue, le délire

de la méningite est souvent intermittent ou du moins qu'il présente des périodes de rémi-
tion très prononcées.
Je ne puis d'esquisser ici ce sujet, mais il e[st]
important de dire que, par une étude app[ro-]
fondie, on peut arriver à discerner les délires
les plus difficiles les plus difficiles à observer
et à donner quelques uns de leurs caractères
qui permettent de poser un diagnostic et
pronostic.
Les délires toxiques sont plus faciles à étud[ier]
on a pu le faire avec plus de précision, parce
que nous tenons en main les agents médi-
camenteux qui peuvent les produire : nous
connaissons le malade, son caractère antérieur
et nous avons le moyen, à un moment don-
né, de produire expérimentalement le dé-
lire par l'ingestion du médicament ; on
peut ainsi mieux observer que quand le
délire arrive sans qu'on en soit prévenu.
Nous pouvons prendre pour Ex., les délires

du datura et de la belladone, ce dernier délire est très fréquent surtout chez les enfants qui s'empoisonnent en mangeant des baies de Belladone. D'un autre côté, cette plante est administrée comme médicament, dans beaucoup de cas, et, lorsqu'elle est administrée à dose trop élevée, peu en rapport avec la maladie, elle est susceptible de donner lieu à des accidents toxiques.

~~Autrefois~~. Ce délire a des caractères tout particuliers. D'abord les hallucinations et les illusions dominent, et dans les illusions, ce sont surtout celles de la vue; les hallucinations ont un caractère particulier; elles sont mobiles. Elles marchent, avancent et reculent. Le malade croit apercevoir des portions d'une muraille ou d'un tableau qui se détachent pour marcher vers lui, s'avancer s'il recule. La vision flotte, en quelque sorte, au gré du malade; en un mot, la mobilité des hallucinations est un caractère du délire produit par les Solanées

vieuses ; il y a une vraie fantasmagorie dans l'organe de la vision.
Un 2me caractère, c'est que ces visions, au lieu d'être effrayantes comme celles de l'alcoolisme, sont plutôt grotesques ; elles provoquent le rire le malade ne peut se retenir, il rit aux éclats. Dans l'alcoolisme, au contraire, les visions ont toujours un caractère terrifiant et inspirent au malade la crainte la plus vive et la plus fréquente.
Le délire du datura et de la belladone a encore d'autres caractères. Les hallucinations de l'ouïe viennent compléter celles de la vue. Souvent, au moment où une vision se forme à l'approche du malade, semble marcher vers lui, quelquefois même avant, un bruit, un son se fait entendre. Ce bruit ou cette voix sont en rapport avec la vision, c'est à dire, que le fantôme parle. Ainsi, les hallucinations de la vue et de l'ouïe semblent se compléter l'une par l'autre

Au contraire, dans la folie, dans le délire religieux ou de persécution, il y a séparation absolue entre les deux ordres d'hallucination. Dans le délire toxique, ~~les~~ espèces d'hallucination s'associent entre elles et s'accompagnent souvent de celles du tact ou de la sensibilité générale. Tout le monde des sensations est perverti en même temps. Dans l'aliénation mentale au contraire, ces diverses hallucinations s'isolent et se produisent différemment chez les différents malades et ne coïncident pas, chez le même individu au même moment.

Le délire du Datura et la Belladone est passager s'il est accompagné de satisfaction; le malade a des visions agréables, éloignées de la tristesse sans être la gaîté = il y a un sentiment de bien être, tandis que dans l'alcoolisme, il y a plutôt un sentiment de douleur et de terreur.

Je ne puis que vous indiquer, en passant, ces divers caractères.

Dicons quelques mots du délire du

haschich ou extrait de chanvre indien qui est très souvent employé en Orient pour se procurer des états de visions artificielles. M. Moreau, de Tours qui a observé en Orient des malades atteints du délire du haschich a fait des expériences sur plusieurs personnes et sur lui-même. Il a publié un livre très intéressant intitulé du haschich et de l'aliénation mentale. Il résulte de ses observations, que le haschich entraîne un délire tout particulier. Son 1er caractère, c'est que le malade a conscience de son état il a assez de lucidité et de netteté, a conscience de son état dans les idées pour s'observer pendant qu'il délire. Il est dans un état de rêve traversé par des idées bizarres, par les hallucinations les plus multipliées. mais le moi l'individu assiste en quelque sorte en spectateur, à ce spectacle d'un nouveau genre il est entouré de toutes sortes de visions, de fantômes, d'objets effrayants ou hilariants

Il assiste à ce spectacle comme à un panorama; il est, en quelque sorte, indépendant du mouvement qui se passe dans son cerveau. Il se produit là un dédoublement de la personnalité humaine très intéressant à étudier.

Comme la mémoire se conserve au même degré que la conscience, pendant l'accès, le malade revenant à la raison peut aconter et écrire ce qu'il a éprouvé.

C'est ce que M. Moreau de Tours a fait avec beaucoup de soin et il est arrivé à cette conséquence, que le délire du haschich peut donner une idée très nette, très complète de ce qui se produit dans la folie. Mais il a voulu assimiler complètement l'état de folie à l'état de rêve : c'était trop absolu sans admettre l'identité on peut admettre l'analogie. De même que des personnes qui ont éprouvé le délire fébrile ont pu l'étudier et comprendre des particularités que l'on observe chez les aliénés, de même le délire du haschich a pu servir de point de comparaison au médecin. On est parvenu à comprendre le fait de la spontanéité des idées dans l'état normal

Les idées ont leur raison d'être, elles sont amenées par le raisonnement et par l'association des idées ; mais il est rare qu'elles surgissent tout-à-coup dans l'intelligence, sans être appelées par rien. Dans le délire du haschich, au contraire, le spectateur assiste à ce spectacle singulier d'idées surgissant dans la tête sans raison d'être appréciable : elles pullulent, fermentent au point qu'il ne peut se rendre compte de leur origine. Un souvenir très ancien, une vision grotesque, une idée complètement étrangère aux habitudes intellectuelles de l'individu surgit dans son esprit et vient s'entrechoquer avec des idées d'une nature différente. Il y a là une production spontanée des idées très curieuses à étudier, et elle donne la clef de beaucoup de phénomènes que l'on constate chez les aliénés, phénomènes que nous ne comprendrions pas bien, si nous n'avions pu les produire expérimentalement.

M. Moreau de Tours et M. Baillarger ont nommé cela : l'automatisme de la

pensée. Cet automatisme joue le plus grand rôle dans toutes les formes de l'aliénation mentale ce qui caractérise l'aliéné au milieu des autres hommes, c'est la production automatique des idées, des sensations, des instincts qui surviennent on ne sait pourquoi, sans que rien le motive. Ainsi une mère qui devrait aimer son enfant, est saisie de la pensée de le tuer ou besoin de verser son sang; dans d'autres circonstances c'est un sentiment d'amour ou un sentiment religieux ou un sentiment d'un autre ordre qui surgit inopinément. Le malade quelquefois déplore amèrement cette idée affreuse sans qu'il ait rien fait pour l'attirer. Il est produit par l'automatisme de la pensée, par la spontanéité d'action de l'activité cérébrale. Cet automatisme sert à expliquer beaucoup de phénomènes de l'aliénation qui ne peuvent pas s'observer que dans le délire toxique, où le malade ne peut faire sur lui-même l'expérience.

Après ce coup d'œil trop rapide sur les délires

fébriles et toxiques, j'arrive au délire aigu propre-
ment dit : ou délire nerveux.
Il a été constaté par plusieurs auteurs. Dupuytren
le premier en a parlé à propos du délire trauma-
tique des blessés. Dans un mémoire sur les frac-
tures du péroné il a noté des considérations sur
le délire aigu des blessés. Il a signalé ce fait
que les malades marchent sur leurs plaies ou
sur leurs blessures sans éprouver la sensation
de la douleur. Ils sont tellement absorbés par
le délire, qu'on peut les panser, leur couper
la jambe, leur faire subir diverses opérations
sans provoquer en eux la douleur ni attirer
leur attention.
Depuis ce premier mémoire, d'autres travaux
ont été publiés sur le même sujet et l'on
a étendu la limite de ce délire nerveux dont
la place était difficile à déterminer car
entre les délires fébriles et toxiques et le
délire de l'aliénation mentale, il était dif-
ficile de faire une place pathologique ou

nosographique pour les délires nerveux qui ne sont pas dûs à une encéphalite, à une méningite, à une lésion cérébrale appréciable. Cependant, après avoir éliminé les cas qui se rattachent aux diverses espèces [illegible] que nous avons examinées il reste une catégorie de délires qu'on observe journellement. Il faut donc admettre qu'ils constituent une classe intermédiaire entre la folie et les délires fébriles ou les délires toxiques. On a nommé cette maladie délire aigu des maisons d'aliénés. M. Brière de Boismont a fait un mémoire sur ce délire particulier qui mérite d'être distingué par certains caractères.

D'abord, il est très rapide dans sa marche, il est analogue au délire fébrile et aboutit souvent très rapidement à la mort, lorsqu'il ne guérit pas dans un temps très court.

Il n'y a que ces deux alternatives. C'est ce qui le différencie du délire maniaque ordinaire [illegible] délire de l'[illegible]. Il s'accompagne de

phénomènes physiques très prononcés de chaleur à la peau, sans fièvre. Les lèvres sont sèches, fuligineuses, la langue est chargée. Le malade est rêveur, il éprouve une absence de lui-même comme dans l'état fébrile. De plus le délire est d'une acuité excessive; le malade ne cesse pas de parler, de chanter, de répéter les mêmes mots d'une manière saccadée, machinalement, avec une sorte de rage, il n'a pas un moment de répit, ni jour ni nuit; il arrive aux crachotements à se déssécher la bouche: à force de parler, il n'a plus de salive; il a un besoin incessant d'articuler les mêmes mots qu'il répète continuellement: lorsqu'il ne trouve plus d'idées à exprimer, il répète les derniers mots qu'il a trouvés. L'idée manquant, les mots continuent à suivre leur chemin: Dieu. Dieu! C'est lui. C'est lui! mots qui sont le vestige du délire précédent et qui, vers la fin de la maladie, en restent comme la dernière trace. C'est là un état spécial Quand, dans un asile d'aliénés, soit dans le cours de la Paralysie générale, soit dans

certains états de délire partiel, survient tout-à-coup une excitation excessive, dépassant les limites du délire maniaque simple, et arrivant aux phénomènes que j'ai décrits, avec une loquacité intarissable s'accompagnant d'un crachotement perpétuel, d'un besoin de répéter les mêmes mots, on peut préciser, à coup sûr la forme du délire, et craindre que la mort n'arrive dans un temps très court.

Ce délire s'observe dans certaines périodes de la paralysie générale. Le malade refuse les aliments, il a cessé d'être vorace et refuse même la boisson, il maigrit et arrive à un tel état de marasme que la mort paraît imminente. Cependant, il peut dans certains cas, traverser cette période suraigue et la maladie reprendre une marche lente et progressive vers la paralysie.

Ce délire aigu a été traité par des moyens très différents. On s'est acharné en quelque sorte a sa thérapeutique. On a employé les vésicatoires multipliés, l'opium à dose toxique, (3 ou 4 gr. dans les 24 heures) les bains prolongés même pendant plusieurs jours, nuit et jour, en les alimentant, les maintenant avec

le colier de force dans la baignoire pour les empêcher d'en sortir ou de se noyer; on a employé les douches en pluie sur la tête. Malheureusement la plupart de ces moyens sont restés sans effet. Quand le délire aigu est bien caractérisé il suit sa marche et aboutit fréquemment à la mort. L'opium à haute dose, administré dans ce cas, comme dans l'alcoolisme n'a pas d'effet parce que la plupart du temps, il n'est pas absorbé. Les sécrétions ne se font plus, l'organisme est transformé, l'état nerveux absorbe toutes les forces de l'économie. Vous donnez au malade des boissons et des chargées de substances alimentaires ou de médicaments, elles traversent le canal intestinal vite, sans être absorbées et, par conséquent ne peuvent avoir d'actions. Il n'y a que les moyens externes qu'on puisse employer, mais ils n'agissent pas sur le système central.

Mais quand le délire diminue d'intensité

on peut avoir recours aux moyens thérapeutiques pour hâter la guérison.

J'ai voulu, avant d'aborder l'étude de l'aliénation proprement dite, vous indiquer rapidement les caractères généraux qui permettent de distinguer les délires aigus de la folie, de distinguer ces délires aigus les uns des autres et prouvent que même dans les délires aigus qui sont si difficiles à observer, il est très important de pouvoir spécialiser leur nature. Ce n'est pas seulement chez les aliénés qu'il importe de rechercher les délires spéciaux; il est très utile de distinguer les délires les uns des autres. Ce travail, psychologique en apparence, est essentiellement médical, même lorsqu'il s'agit de délires aigus fébriles et toxiques.

Dans la prochaine séance, j'aborderai les autres parties de ce sujet: je parlerai des délires dûs à l'action des alcools, de l'alcoolisme aigu et chronique. Cet état est étranger à la pathologie mentale

proprement dite : c'est un état intermédiaire, mais les médecins sont si souvent appelés à observer les malades de cette espèce, qu'on ne peut négliger d'en parler, en traitant de la pathologie mentale.

8me Leçon

Mardi, 28 Décembre 1869

Messieurs,

J'ai l'intention, aujourd'hui, de vous parler de l'alcoolisme aigü et chronique.
Dans la dernière leçon, je vous ai exposé, sous une forme très rapide et générale, les principaux caractères des délires aigus envisagés dans leur ensemble, comme étant opposés à la manie ou à la folie, et dans leurs caractères particuliers pour certains d'entre eux, tels que le délire du haschich, celui de la Belladone, le délire du datura et des maladies aigües, telles que la fièvre typhoïde, la méningite, la pneumonie

et enfin le délire admis comme distinct de la maladie aigue.

Aujourd'hui, j'arrive à l'étude d'un délire spécial qui mérite d'être examiné avec quelques détails, à cause de sa très grande fréquence et de sa généralité. Vous savez tous que l'abus des alcools est malheureusement très répandu dans l'univers. Il n'est pas de pays de la terre où l'on ne constate des abus alcooliques sous une forme ou sous une autre. Cependant ils sont plus fréquents à mesure que l'on approche des régions septentrionales. Aussi, en Suède et dans les autres pays du Nord ont-ils été beaucoup observés. C'est de la Suède que nous ~~sont~~ est arrivée la principale monographie sur ce sujet. Malheureusement, elle n'a point encore paru en France. Elle a été publiée par le Dr Magnus Huss, Professeur à la faculté de Stocholm ; elle a été analysée avec beaucoup de détails dans les archives de médecine par M. Lasègue

1"

et dans les annales médico-psychologiques par M. Renaudin. Vous trouverez dans ces deux extraits les détails empruntés à l'ouvrage de Magnus Huss. Malheureusement, les observations particulières n'ont pas été publiées, et ce sont ces observations détaillées qui présentent surtout de l'intérêt au point de vue clinique.

L'étude de l'alcoolisme doit être divisé en 2 classes principales ; l'une comprenant l'alcoolisme aigu, l'autre l'alcoolisme chronique. L'alcoolisme comprend l'ivresse, mais cet état est trop connu pour qu'il faille insister à son occasion. Chacun sait ce qu'elle est, et sa description ne peut servir qu'à titre de comparaison par rapport au delirium tremens.

La 1re chose à étudier, c'est l'étiologie et par là il faut entendre les conditions particulières dans lesquelles se trouvent les individus soumis à l'action des alcools et la variété de boissons alcooliques employées, car il ne suffit pas d'introduire de l'alcool dans l'économie pour déterminer nécessairement l'alcoolisme

l'alcoolisme, il faut étudier les conditions particu-lières de cette intoxication. Ces conditions doivent être puisées dans la nature du liquide ingéré, non seulement dans sa dose, mais surtout dans l'individu qui l'absorbe. Il n'est pas permis à tout le monde de s'enivrer avec la même dose de boisson ou de liqueurs alcooliques. Vous savez que pour l'ivresse les doses sont très variables. Les uns s'enivrent avec une dose très minime, d'autres ont besoin d'une quantité considérable, pour arriver au même degré d'intoxication. Ce qui est vrai de l'ivresse s'applique à toutes les variétés du délire alcoolique. Il faut tenir compte de l'individu qui absorbe le poison. Il est difficile de le faire d'une manière générale; cependant on peut dire que certains individus sont prédisposés aux maladies nerveuses, soit héréditairement soient qu'ils aient, par tempérament, une aptitude particu-

tière à subir l'influence des alcools d'une façon morbide. Au lieu de subir l'ivresse comme un homme dans des conditions normales, ces individus à prédominance nerveuse, échappent souvent à l'ivresse proprement dite, mais en revanche, ils sont très exposés aux accidents nerveux et morbides. Il y a donc une sorte d'inividualisme qu'il faut constater.

M. Morel qui a beaucoup écrit là dessus, a fixé son attention sur ce côté du sujet et a publié un mémoire à cet égard, dans lequel il a établi les rapports entre la constitution et la facilité ou la difficulté à s'intoxiquer par l'alcool. On peut résumer cette thèse générale sous cette forme : Plus on a d'aptitude à prendre l'ivresse, moins on a d'aptitude à avoir les accidents nerveux de l'alcoolisme morbide. C'est donc surtout chez les individus à tempérament nerveux prédominant ou qui sont prédisposés héréditairement aux maladies nerveuses

ou mentales, qu'on observe rarement l'ivresse et au contraire, ils ont l'aptitude très grande à présenter les accidents morbides de l'alcoolisme. On a observé de plus, que certains individus prédisposés ont non seulement l'aptitude à s'intoxiquer, lorsque le poison est ingéré directement dans leur organisme, mais ils ont une disposition à boire qui se manifeste sous forme intermittente, que l'on a nommé dipsomanie. Esquirol a distingué avec raison, cette disposition nerveuse, cette impulsion à boire, de la monomanie de l'ivresse qui survient surtout chez certains individus prédisposés aux maladies mentales. Non seulement on devient intoxiqué, alcoolisé par l'abus des boissons spiritueuses, mais on le devient parce que d'abord on était dipsomane, c'est à dire qu'on avait une tendance à boire des alcools, donnant lieu à la production des accidents spéciaux dûs à l'alcoolisme. Il faut tenir compte

des comptes des dispositions personnelles individuelles dans la production des accidents.
Mais un autre élément très important à mentionner, c'est la nature des liquides ingérés. On ne s'enivre pas de la même façon avec du vin ou avec de l'eau de vie ou avec de l'absinthe. Ce qui est vrai de l'ivresse l'est des autres accidents alcooliques, et l'on a dit avec raison, que l'absinthisme, c'est à dire la production des accidents par l'absinthe est une forme d'intoxication plus grave que celle par le vin ou l'eau de vie. Il y a une progression très bien indiquée par plusieurs auteurs, notamment par M. Mollet, dans une thèse intitulée „Des effets de l'alcoolisme comparés à ceux de l'absinthe„ quelques auteurs ont voulu attribuer tous les accidents d'alcoolisme à l'abus de l'alcool, sous quelque forme qu'il se produise. Mais la spécialité de l'absinthe paraît incontestable : les malades intoxiqués de cette façon éprouvent

des accidents convulsifs, paralytiques, bien plus nombreux, et la marche vers la mort est plus rapide que dans les autres cas d'alcoolisme. Un autre élément dont il faut tenir compte c'est la dose. Plus on prend d'absinthe, plus évidement on est exposé à éprouver les accidents alcooliques. Cependant ce n'est pas absolu, et des personnes qui éprouvent des accidents alcooliques très graves peuvent n'avoir bu qu'une dose très minime de bois[son]. Il y a donc à tenir compte de plusieurs éléments = la prédisposition individuelle, la nature du liquide ingéré et même le mode d'administration, car on a observé que quand on prend de la boisson, le matin à jeun, les accidents sont déterminés plus facilement, que quand la boisson est prise en mangeant, mélangée avec des aliments."

Après ces indications générales, j'arrive

à la description des principaux états dûs à l'action de l'alcool.

Je commence par le délire qui fait l'objet principal de ce cours et je parlerai, en passant, des accidents applicables aux autres fonctions de l'économie.

L'alcool produit chez les hommes bien portants des accidents très variés. Cependant, au milieu de cette diversité nommée lypémanie, manie alcoolique, démence alcoolique ; au milieu de la diversité, il y a des caractères communs qu'il faut rechercher. Ainsi, on peut distinguer deux états ; d'une part les cas de lypémanie, le délire triste des ivrognes, et, d'autre part, le delirium tremens. Mais vous allez voir combien, au milieu de la diversité des formes, il y a identité dans le fonds, et combien un observateur attentif peut retrouver les mêmes phénomènes principaux au milieu d'états, en apparence si différents

Je commence par la lypémanie alcoolique. On l'a peu étudiée : elle est généralement peu connue, elle a été décrite sous des noms qui ne permettaient pas de la reconnaître. Ainsi, M. Lasègue a publié, cette année, 3 articles dans les Archives de médecine sous le titre de alcoolisme subaigu. Ils contiennent beaucoup de faits, des considérations générales pleines d'intérêt, mais beaucoup de personnes voyant ce titre n'ont pas compris à première vue qu'il s'agissait de lypémanie alcoolique.

Or, c'est l'état qu'il a voulu décrire, et il l'a décrit d'après des observations prises directement, cliniquement, sur les malades qu'il avait sous les yeux. En général, les individus intoxiqués par les liqueurs alcooliques deviennent tristes, méfiants ; ils parlent peu, s'isolent, abandonnent plus ou moins les devoirs de leurs professions, restent chez eux, commencent à montrer un caractère susceptible ombrageux et

délirant dans lequel domine une nuance de tristesse. C'est à cette période que l'on commence à voir poindre les premiers symptômes de l'alcoolisme. Les malades ont des craintes, ils s'imaginent qu'ils vont mourir, ils interprètent tous leurs sentiments dans le sens de leurs idées délirantes; ils ont des maux d'estomac, des troubles de la digestion qui, dans une certaine proportion, donnent raison à leurs préoccupations. Ils ont ensuite de l'insomnie, ils éprouvent de l'anxiété, ils ne peuvent rester en place, ils ont des démangeaisons, des impatiences, des anxiétés physiques en même temps que morales, des sentiments d'angoisse. Lorsque le sommeil vient, d'une manière rare, il est interrompu et s'accompagne de cauchemar, de rêves pendant lesquels ils se préparent à l'évolution du délire qui suivent plus tard pendant la veille: Leurs préoccupations portent sur eux-mêmes et sur

leur entourage ; les idées portent surtout sur des craintes relatives à leur honneur, à leur sûreté ; ils croient qu'ils vont être traduits devant les tribunaux, condamnés ; ils s'imaginent que leur femme les trahit, que leurs enfants se conduisent mal et ils cherchent souvent dans le monde réel, dans les véritables chagrins qu'ils ont éprouvés, des justifications à l'appui du sentiment de tristesse qui est un produit de l'état morbide. C'est dans ces conditions, que commencent à surgir les hallucinations.
L'hallucination se prépare lentement et se produit surtout dans le sens de la vue ; c'est un caractère important pour le diagnostic. Tandis que dans le délire de persécution, l'hallucination de l'ouïe domine presque seule et que l'on n'y voit presque jamais l'hallucination de la vue, l'inverse se produit dans l'alcoolisme.

Ces hallucinations se produisent d'abord sous forme de perception subjective, comme je l'ai déjà indiqué. C'est pendant la nuit, au moment de se coucher ou au réveil que se produisent surtout ces phénomènes chez ceux qui débutent dans la voie de la lypemanie alcoolique.
Ces phénomènes subjectifs deviennent bientôt plus caractérisés. A mesure que l'individu continue à boire, on voit ces phénomènes s'exagérer et arriver au degré véritable de l'hallucination. Ce ne sont plus alors seulement des craintes vagues qui se produisent chez l'individu; il n'éprouve plus seulement des phénomènes visuels ou des cauchemars pendant son sommeil, il a des véritables conceptions délirantes et ne craint plus de les énoncer, même dans l'état de veille; il raconte alors qu'il est victime de je ne sais quelles machinations, qu'il a des ennemis, qu'on

le poursuit, qui ou le tourmente, et qu'il a vu les preuves manifestes de ces tortures qu'on veut lui imposer; qu'il a vu des fantômes, des objets effrayants, sortant du plafond et des murailles; en un mot, il a des visions caractérisées. Ce sont là les phénomènes dominants de l'alcoolisme subaigu, de la lypémanie alcoolique.

Un degré de plus, c'est l'état d'aliénation déterminé, alors les malades se font arrêter. A Paris, par Ex, ils viennent se présenter eux-mêmes à l'autorité; ils sont tellement troublés qu'ils vont trouver les magistrats. On les reconnaît alors comme aliénés et on les envoie dans un asile. Ils se plaignent d'énormités; ils croient avoir été accusés de crimes, par Ex, d'avoir violé leur fille, d'avoir abusé d'une personne qu'ils ont rencontrée. Toutes les préoccupations les

plus pénibles surgissent dans leur esprit, dans la direction de la crainte ; ils croient être entourés d'ennemis, ils entendent des voix terribles les menaçant. Quand les hallucinations de l'ouïe viennent aussi se joindre à celles de la vue qui sont le fait ordinaire de l'alcoolisme aigu, le malade commence alors à passer à l'action.

Il n'est aucun état mental qui donne autant lieu à des actes violents, dangereux, que celui de l'alcoolisme à la période subaigue, lorsque le malade n'est pas encore arrivé à l'explosion du delirium tremens. Alors ces malades ruminent et exécutent souvent les projets de suicide les plus déterminés stoïquement, avec une décision que rien ne peut arrêter.

M Lasègue fait remarquer comme plusieurs auteurs l'avaient remarqué avant lui, que le suicide est très fréquent dans l'alcoolisme. C'est peut-être la forme qui donne lieu le plus souvent au suicide. On peut ajouter que, dans beaucoup de circonstances, où la

folie existante, se trouve compliquée d'alcoolisme le malade ne passe à l'action que sous l'influence alcoolique ; c'est chez les lypémaniaques, chez les individus ayant un penchant au suicide, développé sous l'influence d'une action alcoolique, que le suicide s'exécute et l'on voit des mélancoliques qui n'auraient pas eu le courage de se tuer, quoiqu'y ayant pensé depuis longtemps, qui éprouvent le besoin de noyer leur chagrin dans le vin et sous l'influence de l'abus alcoolique, arrivent à exécuter des attentats auxquels ils n'auraient pas songé dans l'état mélancolique simple. Quoi qu'il en soit, le suicide est très fréquent dans la mélancolie de l'alcoolisme.

Il en est de même de l'homicide. Des individus qui ont eu des accès, après qu'ils ont été remis en liberté peuvent, très peu de jours après, tuer leurs femmes et leurs enfants, sous l'influence d'un nou-

nel accès. Ces cas sont extrêmement fréquents chez les buveurs renvoyés des asiles. C'est pour cela que, souvent, on est obligé de les y maintenir longtemps. Ils sont guéris de l'accès, mais on connaît leurs dispositions premières, on en redoute les conséquences et malheureusement ces craintes ne sont que trop fondées.

La lypémanie alcoolique est un diminutif de l'état beaucoup plus prononcé que j'ai à décrire, et que l'on connaît sous le nom de délirium tremens. Cet état est fréquemment maniaque. Les malades crient, injurient, crachent au visage, se livrent à tous les actes les plus désordonnés. Mais si l'on pénètre plus avant dans l'observation, ~~si l'~~on trouve chez eux tous les phénomènes élémentaires que j'ai indiqués dans la lypémanie alcoolique. Ils ont une tendance mélancolique très prononcée, ils ont des frayeurs excessives relativement à des poursuites, à des persécutions, à des condamnations. On retrouve

chez eux les hallucinations de la vue, prédominantes et aussi les hallucinations de l'ouïe. Le délirium tremens n'éclate pas subitement. Il y a des prodrômes. Ces prodrômes ne sont pas autre chose que la lypémanie alcoolique dont j'ai parlé. Ce qui se voit dans certains cas isolés chez des malades différents, se trouve souvent réuni chez le même malade, à une période déterminée de la maladie. C'est après un prodrôme mélancolique de 15 jours, de 3 semaines, que les individus à l'abus des boissons alcooliques manifestant le délire aigu le plus violent qui oblige à le sequester, même à leur mettre la camisole de force et à les maintenir par tous les moyens connus. Les mades parlent sans cesse, gesticulent, interpellent les personnes présentes et en même temps les fantomés, les objets imaginaires qu'ils croient voir autour d'eux. Ces visions semblent marcher vers eux; les hallucinations, contrairement à celles

qui se produisent dans la folie sont mobiles. Ce caractère s'applique, il est vrai, à plusieurs autres délires aigus, mais il est surtout spécial à l'alcoolisme, et le différencie des délires maniaques de la folie. Dans la plupart des délires, les visions sont muettes, immobiles, dans le delirium tremens au contraire, elles se transportent vers le malade. De plus, il y a des hallucinations de l'ouïe, en rapport avec celles de la vision. L'individu qui menace le malade, prononce également des paroles terrifiantes. C'est ce que l'on n'observe jamais dans le délire de l'aliénation mentale proprement dite. Quand on voit les hallucinations visuelles qui marchent, se détachent des murailles, avancent rapidement, reculent, on peut affirmer avoir affaire à un délire aigu, fébrile, et non à une forme ordinaire de maladie mentale.

Un autre fait spécial au delirium tremens, c'est que le malade est conséquent.

avec son délire, et voyant des objets effrayants qui marchent vers lui, il recule d'épouvante et s'enfuit, il cherche à échapper par tous les moyens à ces visions terrifiantes, et très fréquemment prenant une fenêtre pour une porte, il se précipite, sans se rendre compte du danger, sans intention de se suicider, mais uniquement pour s'échapper. Il ente[nd] une détonation de coups de fusil pour s'éch[ap]per. Il entend une détonation de coups de fusil ou de canon, des menaces de [?] terrifiantes, qui l'entourent de toutes parts, il ne peut résister et se sauve par la pre[-] mière issue qui se présente à lui.

Un autre caractère du delirium tremens, c['] est la persistance des perceptions subjecti[ves] de la vue. Les malades voient des mou[-] ches, des insectes, des araignées, des fantômes de formes variables, et presque toujours de formes se grandissant ou se rapetissant. C'est là un caractère

dominant du délire alcoolique. Il est important de l'ajouter aux autres que nous avons mentionnés.
Un autre caractère encore à signaler, c'est que, tout-à-coup, le délirant peut suspendre son délire momentanément, pour entrer en conversation avec les assistants. Quand on l'interroge, on peut obtenir de lui une réponse en rapport avec la question qu'on lui a posée. Cela n'arrive pas toujours dans les délires aigus et surtout dans la Manie. On parvient ainsi à fixer momentanément l'attention du malade, à le faire sortir de son rêve, pour répondre à des questions, mais aussitôt après son délire reprend.
Ce qui peut faire reconnaître les accès de Delirium tremens, c'est qu'ils sont très violents : ce sont les plus violents des accès maniaques. Il faut maintenir le malade avec la camisole. Il a la langue sèche, une soif ardente, il éprouve des sueurs abondantes, incoërcibles qui durent

plusieurs jours. Non seulement il mouille sa camisole mais encore ses draps et ses matelats. L'insomnie est absolue; ce n'est qu'après plusieurs jours de cet état suraigu que survient une période une période de sédation, de torpeur qui est ordinairement le signal de la guérison. Après des sueurs très abondantes qui ont quelquefois l'odeur alcoolique, le malade tombe dans un profond sommeil pendant 12, 24 heures, 36 heures. A la suite de ce sommeil, il revient à la raison ayant perdu le souvenir de l'accès, comme dans le délire épileptique. Le malade est ordinairement très affaibli. Il a bien encore quelques phénomènes musculaires paralytiques, mais la raison est revenue; le malade apprécie sainement les faits antérieurs à l'accès, ainsi que les faits actuels, mais il a oublié une grande partie de ce qui s'est passé pendant l'accès. C'est là ce qui différie le delirium tremens de l'état maniaque dans

lequel le malade conserve la conscience des faits qui se sont passés pendant l'accès et garde un souvenir en rapport avec ce degré de conscience.

Indépendamment des états de stupeur, d'obtusion qui se rencontrent souvent et qui peuvent être dénommés du nom de démence des Ebriants alcooliques succédant au delirium tremens. Cet état est presque toujours consécutif. C'est à la suite de beaucoup d'accès de lypomanie ou de Delirium tremens que les malades arrivent à une démence précoce, souvent accompagnée de phénomènes paralytiques qui peuvent établir une confusion pour le diagnostic différentiel avec la paralysie générale proprement dite.

Après ces généralités, je dois dire quelques mots des phénomènes physiques de l'alcoolisme. Ils siègent surtout dans le système nerveux, mais ils peuvent exister dans les autres fonctions de l'économie et méritent d'être détaillés.

Les phénomènes nerveux ont été étudiés.

par Magnus Huss qui les a divisés en plusieurs catégories correspondant à des formes et à des périodes. Il y a d'abord les formes anesthémiques et les formes hyperesthésiques. La forme névralgique est en rapport avec les phénomènes nerveux de la sensibilité. Chez les individus intoxiqués par l'alcool, on constate souvent, au début, des fourmillements dans les jambes, surtout aux extrémités, aux mains et aux pieds. Ils éprouvent des engourdissements, des douleurs, des sensations variées. Souvent une sensation de froid ou de chaleur principalement dans la main ou dans l'avant-bras et dans les jambes, mais jamais elle ne remonte plus haut que le bras ou que la cuisse. De même ils éprouvent de l'anesthésie, des contractures, des crampes. A côté des phénomènes de la sensibilité, se trouvent ceux du domaine de la motilité. Ces symptômes existent dans les mêmes parties. D'abord, il y a le tremblement qui est le fait capital. Il

existe surtout le matin ; il est très prononcé au réveil et diminue quelquefois sous l'influence d'une certaine dose d'alcool. Le tremblement est partiel ou général ; il commence par les extrémités et peut arriver à se produire dans tout le corps. Le meilleur moyen de diagnostic pour le reconnaître est de mettre la main sur l'épaule du malade ; et lorsque le tremblement est peu visible à distance, on ressent une vibration générale qui indique une trémulation de tout l'organisme sans exception. Dans quelques cas, la tête et le cou sont atteints de tremblements comme on en voit chez les vieillards. Les muscles de la face, ceux de la langue et de diverses portions de la tête sont agités de tremblements partiels. Celui de la langue donne lieu à une hésitation de la parole, analogue à celle de la paralysie générale. Il faut noter aussi des symptômes de paralysie, mais ils ne sont pas complets. Ce sont de simples parésies, des affaiblissements musculaires

le malade laisse tomber les objets. C'est surtout dans les doigts que cet affaiblissement se produit. Le malade ne peut se boutonner ou se déboutonner, il a perdu la facilité d'une portion de ses mouvements; il ne peut plus écrire s'il appartient à une profession dans laquelle il est obligé d'employer ses doigts d'une manière délicate, il ne peut exercer sa profession, c'est dans ces mouvements délicats que l'on constate la paralysie au début; mais plus tard elle est plus prononcée, il y a un affaiblissement musculaire profond; dans d'autres circonstances, c'est sous forme de contractures que se manifeste la lésion de la motilité. Enfin, il y a comme phénomène ultime, les attaques épileptiques. Il est impossible, d'après la forme des convulsions, de distinguer les cas d'épilepsie de ceux dûs à d'autres causes. Ainsi, l'intoxication alcoolique produit

dans les diverses fonctions du système nerveux des altérations nombreuses, à caractères spéciaux qui permettent de les distinguer.
On peut observer dans le tube digestif des perturbations prononcées. Dès le début, les malades ont des dyspepsie, ils perdent l'appétit, surtout le matin; ils vomissent des pituites, c'est à dire des matières filantes, blanchâtres, spumeuses, peu abondantes, équivalant à un verre ou deux au plus. Les vomiturations sont pénibles, accompagnées de malaise à l'estomac, de sécheresse dans la bouche. Les phénomènes sont si pénibles que le malade ne connait qu'un seul remède, l'alcool, mais par ce moyen s'il fait cesser momentanément ces phénomènes, il les augmente plus tard.
Quand l'alcoolisme est poussé plus loin, il y a des phénomènes il y a des phénomènes de gastrite et d'entérite; le tube digestif s'irrite, s'enflamme, les malades ont des

phénomènes coliques, des diarrhées colliquatives qui alternent avec la constipation, des borborygmes, de phénomènes variés indiquant des entéralgies, des gastralgies, des maladies nerveuses et souvent même des maladies inflammatoires de l'intestin. On a signalé des ulcères dans l'estomac. M. Leudet a fait un travail très intéressant sur ce sujet, inséré dans les archives de médecine. Il établit que, très souvent, à l'autopsie, on constate des ulcérations de l'estomac ou des intestins chez les alcooliques. Ce qu'on observe dans les intestins, on peut l'observer à d'autres points de vue, dans le foie, les reins et dans d'autres organes. Le foie est altéré sous deux formes diverses, sous forme de cirrose et de stéatose, sous forme d'altération des tissus intermédiaires congestionnés ou du tissu glandulaire lui-même; le foie graisseux est fréquent mais la cirrhose est habituelle.

On observe également des inflammations du péritoine de l'arachnoïde, des séreuses en général ; enfin la pneumonie est très fréquente. On a même dit qu'elle se produisait toujours, mais on peut se demander si ce n'est pas parce qu'elle existait déjà. On rencontre des rhumatismes aigus du cerveau dont l'interprétation est aussi difficile. Plusieurs auteurs ont soutenu que ces rhumatismes étaient dûs à la transformation de l'inflammation de membranes synoviales en inflammation des membranes séreuses. Cette interprétation est très admissible, mais il y en a une autre admise par plusieurs médecins qui croient qu'il s'agit de cas de delirium tremens s'ajoutant aux rhumatismes. Lorsqu'on voit, dans le cours d'un rhumatisme articulaire, apparaître le délire, on peut se demander s'il y avait chez le malade des habitudes alcooliques, si le délire n'est pas dû au Delirium tremens, mais au rhumatisme, alors les phénomènes que j'ai décrits

peuvent servir de guide au médecin pour son diagnostic.

J'arrive au diagnostic différentiel. C'est l'un des points les plus importants de cette étude. L'alcoolisme aigu est difficile à confondre avec le simple accès de manie. Les caractères que j'ai décrits, suffisent pour le distinguer. Mais il n'en n'est pas de même pour les délires toxiques dûs à la belladone, au datura, à l'opium. La confusion est facile surtout pour le délire dû à des poisons. Comme je l'ai dit, la belladone et le Datura donnent lieu à un délire aigu, dans lequel les hallucinations grotesques, bizarres, singulières dominent; le malade éclate de rire; les visions qu'il aperçoit ne l'effrayent pas, elles l'amusent, il s'en étonne et rit aux éclats; tandis que dans le délire alcoolique, jamais le malade n'est gai; le caractère terrifiant est tellement dominant que le malade est sous le coup de l'effroi. Il y a donc

dans les phénomènes même du délire, des moyens de distinguer le délire toxique du délire alcoolique.

Mais la confusion la plus fréquente existe avec la Paralysie générale. Comme je le dirai plus tard, cette maladie comporte des variétés nombreuses. Celle dans laquelle se produit le délire de grandeur ou de satisfaction ne peut se confondre avec le Delirium tremens; mais certaines variétés accompagnées d'un tremblement prononcé, d'un affaissement intellectuel, avec obtusion accompagnant certaines affections mélancoliques peuvent être facilement confondues avec les diverses formes d'alcoolisme chronique. Alors le diagnostic différentiel devient nécessaire; il peut se tirer de la nature des phénomènes physiques, de la nature du délire et de la marche de la maladie.

Relativement à la nature des phénomènes physiques, jamais, dans la paralysie générale, il n'y a d'anesthésie, d'engour-

dissements, de fourmillements, de phénomènes de la sensibilité ou de la motilité des extrémités quand ils se produisent, c'est dans la généralité, dans toutes les parties de l'économie au même degré et dans les mêmes conditions. Dans l'alcoolisme, c'est aux extrémités, dans le bras et dans la jambe qu'ils se produisent. De plus, la nature du délire est un moyen de distinction, pour la paralysie générale, je dirai son caractère, il est vraiment typique, il permet la distinction avec le délire de l'alcoolisme. Ainsi, il n'y a jamais de phénomènes de vision, de perceptions subjectives d'animaux, d'étincelles, de flammes, de cercles lumineux; les phénomènes subjectifs de la vue n'existent pas dans la paralysie générale. Jamais d'hallucinations effrayantes qui font reculer le malade d'épouvante, qui semblent marcher vers lui. Voilà un caractère qui permet de distinguer le délire de la paralysie générale d'avec le délire

alcoolique
Reste un dernier caractère tiré de la marche. La paralysie générale malgré des rémissions prolongés a quelquefois une marche continue; l'alcoolisme donne lieu à des accès relativement courts, qui peuvent durer 15 jours, 3 semaines ou davantage, dans quelques cas très rares, mois non des années, comme dans la paralysie générale avec ses variétés et ses rémissions D'un autre côté, l'alcoolisé qui a eu un accès caractérisé, de délire, revient en général, à un état normal, dans l'intervalle des accès, et cela n'a pas lieu dans la paralysie générale sauf, dans des cas exceptionnels.

Ainsi, soit dans les phénomènes physiques, soit dans le délire, soit dans la marche, nous trouvons des éléments de diagnostic qui, dans la plupart des cas, peuvent guider le médecin pour distinguer des états qui, quelquefois sont très faciles à confondre.

Le pronostic n'est pas grave, comme pronos-

tié de l'accès mais il l'est, comme pronon
de la maladie. La plupart des accès guériss[ent]
mais ils sont suivis de rechûtes. Ceux qui
abusé des liqueurs recommencent à en abu[ser]
malgré leurs promesses et leurs serments so[len]
nels. La même cause produit les mêmes ef
fets. Il en résulte que de nouveaux accès
succèdent au premier. La plupart des indiv[idus]
qui ont eu des accès, en ont plusieurs et fi
nissent par aboutir à un état de dém[ence]
ou même à un état de paralysie générale
spécial.

L'anatomie pathologique mérite de nous
arrêter. Le cerveau offre presque toujours un
épaississement des méninges, des dépôts
de sérosités dans les ventricules ou dans
les cavités de l'arachnoïde.

Il y a des altérations méningitiques ana
logues à celles de la paralysie générale
et à celles que l'on constate chez beaucoup
de vieillards. Mais cela ne suffit pas

pour caractériser une maladie. Les recherches modernes au microscopique tendent à établir que le cerveau peut être induré par l'alcoolisme chronique. il arrive à présenter des altérations correspondant à celles de la cirrose pour le foie. On à observé des lésions du système nerveux qui pourront plus tard, conduire à déterminer les lésions anatomiques spéciales à l'alcoolisme. Mais, pour le moment, elles ne sont pas assez nombreuses, pour qu'on en puisse tirer des conclusions absolues.

Je dois encore traiter deux questions principales l'influence de l'alcoolisme sur les générations et la médecine légale.

L'influence de l'alcoolisme sur les générations. ce sujet mériterait, à lui seul, une leçon. Il est fréquent que l'homme, en état d'ivresse, engendre des enfants qui naissent avec des difformités ou deviennent épileptiques ou atteints de diverses maladies nerveuses ou mentales. C'est là un fait important

au point de vue des générations futures. Mais il y a aussi à considérer l'état du père ou de la mère. Quand des individus sont atteints de divers accidents que j'énumérerai, la plupart du temps, ils donnent lieu à des enfants qui meurent en bas âge, sont atteints de convulsions, de difformités variables. Quand ils survivent, ils arrivent soit à être des imbéciles soit des idiots soit des névro-pathiques; des enfants tellement difficiles qu'on ne peut les garder dans les pensions; ils aboutissent aux prisons, aux maisons de correction ou aux asiles d'aliénés. Ils sont frappés héréditairement d'une manière spéciale et comme l'a démontré M Morel, ils sont remarquables par leurs mauvaises tendances et leurs sentiments vicieux. Ils deviennent dangereux, cruels, féroces, ont des instincts spéciaux, en rapport avec l'alcoolisme des parents. Dans les familles dont le père est alcoolique

sur un grand nombre d'enfants, 10, 12, 15, très peu survivent; la plupart meurent en bas âge ou sont atteints de maladies et des transformations de caractère dont j'ai parlé.

L'alcoolisme agit donc de la façon la plus pernicieuse et la plus fatale sur les générations et on verrait survenir des accidents de plus en plus graves chez les descendants si, dans la plupart des cas, des individus bien conformés au point de vue génital, ~~sont~~ presque stériles, par cela seul, qu'ils sont nés de parents alcoolisés. La race ne tarde donc pas à s'éteindre. Mr Morel a parfaitement établi ce fait. M Moreau de Tours l'avait déjà mentionné et M Prosper Lucas l'a constaté dans un livre : l'hérédité morbide.

L'ivresse a été considérée par les anciens auteurs comme par les modernes, à deux points de vue. Les uns l'ont admise comme circonstance aggravante de la criminalité, les autres comme circonstance atténuante.

Dans certaines législations, elle est considérée comme aggravant la faute, attendu que l'individu qui s'y adonne est responsable de ce fait. Les légistes qui raisonnent ainsi, sont loin de vouloir acquitter les ivrognes ou ceux atteints d'alcoolisme. D'autres reconnaissent, comme les médecins, que l'alcoolisme est une maladie, qu'il ne faut pas confondre l'ivresse avec l'alcoolisme proprement dit, et que l'ivresse elle-même peut être une circonstance atténuante. Lorsque l'alcoolisme est réellement constaté, il faut, selon eux, exonérer complètement celui qui, sous l'influence, accomplit un meurtre, un suicide, un incendie, un vol. Il faut donc distinguer, un suicide, un incendie, un vol. Il faut donc distinguer, décider, non pas suivant la forme générale d'ivresse, mais suivant l'état mental particulier, dans lequel se trouve

l'individu incriminé ; il faut faire un examen médical direct. Si l'on constate que, lorsqu'il a accompli le fait qui lui est reproché, il était dans un état d'intoxication alcoolique ; qu'il présentait les phénomènes de trouble mental que j'ai énuméré et pouvant arriver au Delirium tremens, il faut l'exonérer de toute responsabilité. Lorsqu'un individu agit sous l'influence d'hallucinations terrifiantes qui lui font croire, par Ex, que sa femme l'a trahi. en un mot, comme un aliené persécuté, il faut le faire jouir des bénéfices de sa triste maladie. On doit donc distinguer les faits particuliers, et ne pas se borner à des généralités sur les circonstances aggravantes ou atténuantes, mais considérer ce qui domine le malade, comme malade particulier, cliniquement, et quand on a constaté certains faits indiquant son état morbide, il faut conclure qu'il est irresponsable.

Si l'on constate que l'accusé a commis un cri[me]
dans le moment où son intelligence n'était
pas troublée ou alors qu'il n'éprouvait pas [les]
phénomènes toxiques de l'état alcoolique, i[l]
faut alors conclure carrément à sa culpabi[lité].
Ainsi, pour un testament, on peut faire va-
lider le testament par par un individu [qui,]
habituellement, est alcoolique, si l'on peut co[n-]
stater qu'il a fait ses dispositions pendant
une période où les phénomènes ne se produi-
saient pas. L'alcoolisme est un état tr[ès]
rémittent; il faut donc tenir compte de
la variété des périodes et ne pas condam[ner]
ou absoudre sur ce seul fait que le mal[ade]
est sujet au Delirium Tremens.
Ce que je viens de dire est également vrai
pour la séquestration. Certains magistrats
sont très difficiles relativement à la séque-
stration des aliénés. Ils disent que, pour les
ivrognes, il faut être impitoyable et que

malgré la cessation de l'accès, il faut tenir l'alcoolisé indéfiniment séquestré. Ils ont souvent, à cet égard, deux poids et deux mesures. Dans certains cas, ils se plaignent que les médecins retiennent des aliénés guéris, et dans d'autres cas, ils veulent une séquestration perpétuelle. On fait bien de tenir pendant plusieurs mois les alcoolisés, à la suite d'accès violents et prolongés, mais quand ils sont revenus à la raison, à leur état normal, il faut bien les remettre en liberté malgré les dangers que l'on prévoit. Il arrive, en effet, souvent, que ces individus ne tardent pas à commettre des crimes, des malheurs épouvantables. Ainsi l'année dernière, un fait de ce genre s'est produit à Bicêtre mais le médecin ne peut être responsable. Il a attendu 5 mois avant de se rendre sa liberté au malade il n'existait plus aucun phénomène de l'état ~~normal~~ morbide. L'individu s'est enivré le jour même de sa sortie, avec sa

femme qui avait demandé sa mise en liberté et, 3 jours après, il a tué sa femme contre laquelle il avait eu des griefs supposés de jalousie. Je le répète, on ne peut rendre le médecin responsable de la mise en liberté de cet individu car elle avait été faite dans les conditions les plus régulières.

Ainsi, pour la médecine légale, au point de vue de la séquestration, il faut tenir compte des cas particuliers, ne pas faire de généralités, observer directement le malade et se conduire dans les cas particuliers, d'après cet examen. Dans la prochaine séance, j'aborderai l'étude directe de la Manie aigüe sous sa forme générale. Dans les leçons suivantes, j'étudierai les diverses variétés ~~dans~~ la manie. Vous voyez donc que je serai en plein, dans l'étude de l'aliénation mentale proprement dite.

9me Leçon.

Mardi, 4 janvier 1870.

Messieurs,

J'entre aujourd'hui dans le terrain de l'aliénation mentale proprement dite, sur le terrain du délire général avec excitation, sur le terrain de la Manie.

Le délire général, avec excitation, je vous l'ai déjà fait connaître, veut dire que le délire porte sur un grand nombre d'objets ; quand donc le délire se porte sur un grand nombre d'objets, c'est un maniaque que nous avons devant nous ; mais il est un autre caractère qui nous permet de distinguer la manie de la monomanie, c'est l'excitation qui se manifeste dans les pensées

dans les mouvements des malades atteints de délire général

Dans les pensées, c'est une succession rapide d'idées étranges, incohérentes, et, dans les mouvements, une mobilité faisant irruption par toutes les directions possibles du mouvement, par la parole et des gestes de toute nature.

Ce sont là les 2 caractères qui servent de base à l'état maniaque, et vous voyez que ces deux caractères peuvent embrasser un nombre considérable de faits très divers qui se rapprochent cependant.

Ils comportent des variétés et des sous-variétés sur lesquelles j'aurai à insister plus tard; aujourd'hui, je vous ferai connaître les caractères généraux de la Manie, quelle que soit la diversité des manifestations par lesquelles les malades font connaître leur état.

Ceci n'est autre chose que de la pathologie générale, mais à l'heure qu'il est, la science en ce qui concerne l'aliénation mentale, n'est pas plus avancée. Espérons que bientôt no

pourrons supprimer nos grandes définitions et que nous pourrons avoir recours à des démonstrations plus rapides. Malheureusement, dans l'état actuel de nos connaissances, nous sommes obligés de nous fixer à des considérations générales qui sont de grands inconvénients pour la pratique. Le langage humain est insuffisant pour représenter les manifestations des maniaques. C'est quand il s'agit de l'état maniaque que l'on peut regretter de ne pas pouvoir vous montrer ici des aliénés se livrant à toutes leurs excentricités. Après 5 minutes d'examen, vous seriez mieux instruits qu'après m'avoir entendu parler pendant une heure.

Laissez-moi chercher des termes de comparaison qui puissent vous amener à comprendre l'état des maniaques.

Chez les uns, leur état de maladie se manifeste à l'extérieur : vous les verrez jouer, gesticuler, sans cesse en mouvement ; ils ne cessent de parler, ils interpellent les personnes présentes, tout, pour eux, devient occasion de délire. Ces manifestations extérieures

doivent être l'objet de l'examen de l'observateur attentif, mais cela ne doit pas lui suffire. Il doit chercher à entrer dans le for intérieur du malade et se rendre compte du travail psychologique qui se passe chez lui

Vous savez que la psychologie divise l'âme en plusieurs portions: les portions volontaires, émotives, intellectuelles.

Nous devons d'abord étudier ces divisions, au point de vue de l'état maniaque.

Le maniaque a des idées incohérentes, mais on le voit éprouver des sentiments nouveaux pour lui. Ainsi, l'homme qui était calme, tranquille, se trouve tout-à-coup animé de sentiments de colère, de vengeance; il éprouve le besoin de lutter, de se quereller. Un état qui chez l'homme placé dans des conditions normales, ne se produit que sous l'influence de motifs particuliers, déterminables, se surexcite sous l'influence morbide. Automatiquement les impulsions de la maladie

font naître chez le maniaque, des besoins de vengeance, de haine, qui l'entraînent à des actions insensées. Il éprouve les plus mauvais sentiments contre les personnes qu'il ne connaît point, c'est la maladie seule qui les pousse; c'est dans ses actes comme une fermentation qui correspond à la fermentation qui s'est produite dans son état intellectuel.

Les phénomènes à observer chez les maniaques sont très variables.

Quand ils disent les paroles les plus incohérentes, quand ils se livrent à des actes violents qui contrastent avec les sentiments de bienveillance qui les animaient, il y a, je le répète, chez eux, une fermentation qui n'est soumise à aucune loi et qui se reproduit extérieurement dans les mouvements, par une mobilité correspondante.

Les sentiments qui animent un individu ont, pour conséquence, des actes, et les maniaques portent leur rage aussi bien sur les choses inanimées que sur les personnes.

Chez les maniaques les actes ne sont pas le résultat d'un travail intellectuel ; la volonté cette volonté qui, chez l'homme bien portant, a un but bien déterminé, n'existe pas chez le maniaque ; ses penchants sont aveugles, la plupart de leurs actes sont instinctifs. Il n'y a pas chez eux cette volonté bien arrêtée, telle que la conçoivent les philosophes, comme dans le délire partiel, où les malades sont capables de combiner un projet, en passant par les différentes phases nécessaires pour arriver au but. Chez le maniaque, tout est instinctif et non volontaire du moins le plus souvent.

Chez lui l'intelligence est singulièrement surexcitée. Toutes les facultés intellectuelles sont surexcitées dans leur ensemble. Dans le même espace de temps il a beaucoup plus d'idées que l'homme à l'état normal mais elles sont incomplètes, elles se heurtent et leur désordre est dû surtout à l'absence de lien entre les pensées qui laisse échapper

le malade. Les idées ont un certain degré de raison, mais ce qui indique la maladie, c'est l'absence de succession, de concordance entre elles. La mémoire acquiert aussi un degré d'excitation extraordinaire. On voit des maniaques réciter des passages entiers d'auteurs classiques, faire, de la manière la plus fidèle, avec une vivacité d'impression étonnante, l'histoire de leur enfance. Dans le cas où il n'y a pas d'incohérence, l'on voit souvent les malades s'étonner eux-mêmes de la vivacité de leurs souvenirs. On a été jusqu'à dire que l'état mental pouvait développer chez les malades des facultés qu'ils n'avaient pas dans leur état normal et que des maniaques pouvaient devenir des hommes de génie. C'est là une erreur; ils ne peuvent développer que ce qu'ils ont acquis; il n'en est pas moins vrai cependant que la maladie produit une surexcitation momentanée telle qu'elle peut faire illusion et qu'on a vu des des maniaques rappeler des souvenirs qui paraissaient effacés de leur mémoire.

Il y a, dans ce qu'on a dit, un peu de vérité en ce sens que, chez beaucoup de malades, certaines facultés se manifestent plus, lorsqu'ils sont à l'état maniaque, que lorsqu'ils sont dans leur état normal.

Il en est de même pour l'imagination. Dans leur état naturel, les malades ne peuvent sortir des voies banales, ordinaires, tandis que, quand l'état maniaque s'est déclaré, ils se livrent à des conceptions qui les étonnent eux-mêmes quand ils ont conscience du travail qui se fait dans leur intérieur.

L'association des idées est aussi très excitée mais le trouble se manifeste plutôt au point de vue des rapports des sons, que sous le rapport logique. Les idées, chez les maniaques s'associent par les consonnances, par les terminaisons des mots, quelquefois même ils arrivent à un langage rithmé, mais on s'aperçoit qu'ils ne se rendent plus compte du rapport des causes aux effets et qu'il

il y a chez eux une grande altération dans les idées

Cette analyse ne suffit pas, il faut assister au délire lui-même. Il est difficile de peindre le trouble dans les idées que l'on remarque chez les maniaques, il faut les voir.

Il y a des degrés très divers. Il y a des maniaques dont les pensées sont concentrées sur quelques séries d'idées, d'autres, au contraire, ont leur attention portée sur un seul désir, tels sont, par Ex, les individus atteints de nymphomanie ou d'autres variétés de désirs érotiques.

Quelle que soit l'étendue du délire, l'observateur peut suivre la pensée du maniaque, et apercevoir vers quel point elle se dirige.

Après vous avoir parlé du trouble des idées, j'arrive aux sensations. Les hallucinations, les illusions sont très fréquentes mais les illusions se produisent plus facilement que les hallucinations; cependant il faut beaucoup d'attention pour les distinguer.

Les maniaques ont l'oreille très fine, la vue perçante. Ils entendent des sons proférés dans le lointain, ils voient des objets qui ne frappent pas les autres; ils interprètent certaines sensations que leurs sens perçoivent parfaitement tandis qu'elles échappent à d'autres qui sont dans leur état normal.

Quant au trouble de la sensibilité, il se manifeste de différentes manières.

On remarque chez les malades un sentiment de bien être, l'absence du sentiment de maladie. Quand un individu est arrivé à l'état maniaque, il ne se sent plus malade. Il en est de même pour les hystériques. On remarque chez eux des phénomènes d'anesthésie complets ou partiels. On constatait cela à tort; il est vrai cependant de dire que ces phénomènes sont moins fréquents chez les maniaques que chez les cataleptiques. La motilité se manifeste d'une manière très violente chez les mani

Ils acquièrent une force très grande qui dépasse les limites ordinaires de la force humaine. Dans la plupart des circonstances la force est plutôt apparente que réelle. Ils sont surexcités ils veulent lutter, combattre; mais ce qui les porte à lutter, à combattre, c'est qu'ils n'ont plus conscience du danger. Rien ne les arrête, et ils provoquent et acceptent des luttes que des hommes raisonnables n'affronteraient pas.

D'un autre côté, les maniaques n'éprouvent pas la fatigue. Ils ne cessent de parler, de remuer, et, bien qu'ils maigrissent considérablement et n'éprouvent pas le sentiment de la fatigue; mais ce qui prouve que leur force n'est due qu'à la surexcitation à laquelle ils sont en proie, c'est que quand ils arrivent à une époque de détente, ils sont très fatigués, et il faut beaucoup de temps pour les remettre dans leur état normal.

Indépendamment de ces généralités sur la

motilité et la sensibilité, nous avons à parler des fonctions organiques. La plupart paraissent bien portants; ils mangent plus qu'à l'état normal; ils paraissent être dans un état prospère, ils ne paraissent pas les malades dans le sens pathologique du mot; cependant l'on constate qu'il y a des troubles qu'il ne faut pas négliger. Ils sont saillants dans la 1re période de la maladie. Le malade a d'abord des maux de tête, des vertiges; les digestions se font mal, il y a de la ~~conception~~ constipation, des tensions, des pressions au niveau des tempes, de l'accélération dans le pouls etc. Avant que le délire aigu se déclare, l'on remarque que la peau est chaude, la langue sèche, que le malade refuse les aliments, et alors, la mort est à craindre. Il y a là un ensemble de phénomènes physiques qu'il est important, qu'il est intéressant d'étudier; ils se produisent avec plus ou moins de vi-

vaité aux différentes périodes de la maladie.
Les médecins qui appartiennent à l'école allemande, et en particulier M. Jacobi, se sont beaucoup occupés de ces phénomènes. Jacobi a écrit tout un volume, dans lequel il s'occupe surtout du pouls et de la digestion. Bien qu'il y ait de l'exagération dans son ouvrage, il a rendu des services à la science qui ne peuvent être contestés.
On a observé que la phthisie alterne avec la manie. Ainsi l'on voit des individus chez qui la phthisie cesse dès que la manie a paru et réciproquement. Le même phénomène se produit chez les ~~mo~~ femmes pendant leur grossesse. Je vous indique ici des alternances qui méritent de fixer l'attention de l'observation.
Le sommeil est très troublé, chez le maniaque l'insomnie est le phénomène principal. Quand un individu va devenir maniaque, il a des rêves affreux; c'est là le 1er symptôme de l'incubation de la Manie. Quand on a étudié les aliénés au point de vue du sommeil on a vu que l'insomnie peut durer plusieurs mois, avec une ou deux nuits de repos intercalés

à des intervalles plus ou moins longs ; les choses du reste ne se passent pas toujours de la même manière car il y a des maladies qui, pendant plusieurs mois ne donnent pas une seule nuit : or, ces insomnies expliquent les lésions que l'on observe dans les organes de la nutrition chez les maniaques ; ils maigrissent ; ils paraissent plus vieux que leur âge ; on ne les reconnait plus. L'amaigrissement est un fait constant. Quand on voit l'embonpoint revenir on peut le regarder, c'est Esquirol qui le dit comme le signe du passage de la maladie à la chronicité.

Les fonctions génitales éprouvent aussi de grands troubles. Elles sont surexcitées comme les autres facultés ; il y a cependant des cas où l'on remarque le contraire, où l'on constate dans les fonctions génitales une sorte de somnolence, de sommeil, sans que l'attention du malade soit portée sur un autre objet ; ce n'est plus comme dans

l'hystérie ou la nymphomanie, où l'excitation est toujours portée à un grand degré, surtout chez les femmes.

Il me reste à vous parler de la marche de la maladie. La manie ne débute pas d'emblée. En général, les prodrômes de la maladie mentale ont une incubation très lente. Quand on cherche les antécédents du malade, on voit que depuis quelques mois son caractère était changé, que sa manière de vivre n'était plus la même, de rangé, il était devenu dissipateur; il se livrait à des accès qui ne lui étaient pas habituels, en un mot qu'il avait changé toute sa manière d'être. On constate presque toujours une transformation complète du caractère, semblable à celle qui se produit au début de la paralysie générale. Ils sont tout d'abord tristes, ils éprouvent un dégoût profond de la vie, ils ne sont plus capables de rien, ils sont dégoûtés de l'existence et après être restés très longtemps

dans cet état, ils éprouvent le besoin de mouvement, l'activité se produit chez eux, ils vont se plaindre de leur état à leur voisin, à leurs connaissances. Le besoin de mobilité qui se produit chez eux est extraordinaire. Il y a donc une période de mélancolie très marquée qui n'a pu échapper aux parents du malade, aux personnes avec lesquelles il a eu des relations.

Il a eu le sentiment de sa maladie, la connaissance de son état; il s'est aperçu qu'il allait devenir aliéné; il souffrait, s'étonnant de sa transformation et il faisait part de ses inquiétudes aux personnes auxquelles il avait affaire. C'est là un fait important à constater.

Les maniaques n'ont conscience de leur état qu'au début; mais quand la maladie s'est développée, ils ne voient plus rien et ils passent par une période de bien être qui contraste avec la précédente.

L'état maniaque n'est pas continu. On peut avoir un accès maniaque pendant 6 mois, 2 ans, mais presque toujours il y a des différences de degré dans l'excitation; il y a des paroxysmes et des rémissions; il arrive qu'on peut fixer son attention pour obtenir des réponses raisonnables; on peut échanger des idées avec lui, faire revivre ses souvenirs, et obtenir des renseignements qui peuvent être utiles pour le traitement; mais quand la maladie arrive à l'état de paroxysme, le mouvement chez le maniaque est incessant et il est impossible de rien obtenir. Donc, il y a des degrés très marqués. Il y a des formes de manie qui présentent des intervalles de lucidité, pendant lesquels le malade arrivé à la raison, reconnaît qu'il a été malade, qu'il exprimait des idées absurdes. Il ne comprenait pas qu'il ait pu en arriver là et quelques heures après

la maladie reparait; l'intermittence a dispa[ru]
les intermittences servent de diagnostic. C'est
un signe grave dans les maladies ment[ales]
considéré dans son ensemble. Les maniaques
qui éprouvent des intermittences, peuvent so[u]
vent paraître guéris mais ils sont malades
toute leur vie. Plus les intermittences sont
courtes, plus elles sont graves. Quand on a
éprouvé un accès de 5 mois qui a été suivi
d'une intermittence, on peut espérer que le
malade restera plusieurs années dans son
état normal. Il faut donc tenir compte
des intermittences et de leur longueur. On
a vu des malades n'avoir que 2 ou 3 ac-
cès de manie, avec des intervalles de 10, 12
ans de longueur.

La durée de l'état maniaque ne peut
être fixée. Quand on sort du délire aigu,
il faut s'attendre à un accès de 5 ou
6 mois. C'est là une durée courte. Esqui-
rol a dit qu'il guérissait autant de

malades la 2ème année que la ~~première~~. Cependant, quand un accès a duré un an, les chances ne sont pas grandes. On a vu obtenir toutefois des guérisons au bout de 10 ans.

Comment la guérison vient-elle ?

Quand on voit un malade qui a déliré pendant 5 ou 6 mois et que, du jour au lendemain, il est guéri, qu'il dit qu'il ne comprend rien à ce qui s'est passé, qu'il se sent revenir à la raison, qu'il lui semble sortir d'un rêve, qu'il déclare qu'un voile qu'il avait devant les yeux est tombé tout-à-coup, il y a une manie intermittente, une folie périodique qui apparaît et disparaît d'une manière brusque; il est donc important de connaître ces faits de pronostic quand on veut indiquer aux familles ce qu'il faut faire. Quand on a bien examiné les phases par lesquelles est passé le malade, l'on peut dire de nouveaux accès se produiront, et en déterminer à peu près la nature

Souvent on voit qu'il n'y a pas lieu de mainte-
nir plus longtemps le malade dans l'asile de
aliénés.

Les manies qui guérissent, avec des chances de
durée dans la guérison, guérissent progressivement
C'est par des oscillations successives, par des
diminutions partielles alternant avec des paroxys-
mes qu'arrive la guérison. On aperçoit chez les
malades tous les signes qui annoncent la guérison
puis la maladie avec toute son intensité pre-
mière, pour être encore suivie d'un état de ré-
mission. On voit le malade passer à des inter-
valles de plus en plus courts, d'un état à
l'autre, et reprendre peu à peu son caractère,
ses sentiments affectueux, signes certains de
la guérison. Il ne rougit pas d'avoir été ma-
lade; la mémoire reprend son empire, il com-
mence à revoir ses parents, à témoigner
sa satisfaction de nouvelles relations. Il y
a dans le progrès lent, progressif qui se
produit dans l'amélioration de l'état du

ce malade une dégradation de teinte qui contraste avec la cessation brusque dont je vous parlais tout à l'heure.

Quand ces phénomènes se produisent, la guérison est certaine et, quand le malade est resté plusieurs mois dans cet état, on peut le rendre à sa famille avec sécurité, avec l'espérance que de nouveaux accès ne se produiront plus. Cependant le malade est sujet à des rechutes; mais ici, il y a une observation importante à faire. Il en est de ~~même~~ la manie comme de la monomanie et d'autres maladies. Il y a de grandes chances de les voir se reproduire sous l'influence des causes qui les ont fait naître une 1re fois. Autre chose est une rechute qui peut être prévenue en écartant les causes qui pourraient la produire et une intermittence qui se déclare, en dehors de toute influence connue. Je citerai la folie puerpérale; il est clair qu'il y a une distinction capitale très importante pour le pronostic, à faire entre un nouvel accès qui se produit à la suite

d'un nouvel accouchement et celui qui aurait lieu dans l'intervalle de plusieurs couches.

J'ai cherché à grouper dans une seule leçon les phénomènes principaux qui distinguent l'état maniaque. Dans la prochaine leçon je vous parlerai de 6 variétés d'excitation maniaque : des manies simples, hystériques, périodiques et transitoires, et de la manie, au point de vue du meurtre, de l'incendie, etc. Leur description est utile car il est important de ne pas se borner à des généralités vagues sur les aliénés, généralités dont on a abusé, et qui sont autant à l'usage des gens du monde qu'à l'usage des médecins.

16me Leçon.

Séance du 8 Janvier 1870.

Messieurs,

D'après l'ordre que j'ai adopté pour l'exposition des matières de ce cours, j'arrive aux variétés de la manie.

Je vous ai dit que la classification admise jusqu'à présent est très imparfaite et que, dans l'état actuel de la science, nous sommes obligés de recourir à une sorte d'artifice pour faire des descriptions vraies et cliniques, tout en restant dans la nomenclature admise. En effet, les mots de manie et de monomanie sont des termes extrêmement vagues ; si vagues qu'il est impossible, si l'on s'attache simplement à la description classique de la manie et de la monomanie, de

s'orienter dans la vérité des faits que présentent ces deux espèces de maladie. Il y a pourtant un moyen d'échapper à l'insuffisance de cette classification. Après avoir décrit la manie, il faut entrer dans la variété de l'espèce manie, ou plutôt la considérer comme un genre et chercher à y découvrir des espèces distinctes. Il y a des différences entre les maniaques surtout au point de vue des idées prédominantes. Cependant les idées ne peuvent pas toujours servir d'objet d'étude dans la Nymphomanie, dans l'hystérie, par Ex. il n'y a pas d'espèces distinctes; il en est de même pour d'autres variétés très nombreuses qui rentrent dans le délire partiel ou dans le délire général. Ainsi, la manie puerpérale, suite de couches, ne peut être poursuivie dans le détail des symptômes. M. Marcé, dans son traité des manies des femmes enceintes, a constaté qu'il n'y a pas de variétés caractéristiques de cette maladie mentale; il n'y aucune distinction vraiment pratique à faire. Il faut s'attacher surtout au fonds mais pas à la superficie. Il faut pénétrer l'état général dans

lequel se trouve ou s'est trouvé l'aliéné, en tenant compte de cet état général, on arrive à des faits pratiques.

Quand on arrive dans la cour des agités d'un asile d'aliénés, on est frappé de la diversité de ces malades qui portent tous cependant le même nom. Ce sont les caractères communs des maniaques mais qui sautent aux yeux. Ainsi, par Ex, quelques uns ont un délire incohérent qui se compose de mots plutôt que d'idées, qui se rapproche du délire aigu, ils sont tellement incohérents qu'il est impossible de saisir un lien entre leurs idées. Avec d'autres, au contraire, on peut causer, leur conversation est assez suivie; ils manifestent certaines impressions d'une manière qui étonne l'observateur, de sorte qu'on se demande si l'on n'a pas affaire à des poëtes, à des artistes dont les facultés ont été surexcitées et qui ont des facultés supérieures à celles des autres hommes. Il y a là un contraste très fréquent à observer. Chez les uns, les idées n'ont aucun lien, sont sans suite tandis que chez les autres, le langage est

imagé, plein d'esprit. Ces malades, cependant sont classés dans la même catégorie, et ils sont évidemment divers quant à leur état mental. Il ne faut pas se borner à cette classification d'infirmier. Il faut aller plus avant et constater les différences notables qui existent entre les maniaques incohérents et ceux dont les pensées se suivent.

Il y a encore beaucoup d'autres faits importants à observer qui demandent à être décrits, au point de vue de la maladie; car le praticien doit tenir compte de la thérapeutique, de la marche de la maladie, de sa causalité: tous les côtés de l'état pathologique du malade doivent être étudiés avec le plus grand soin. Il importe donc d'établir des distinctions. On aperçoit d'abord des maniaques périodiques qui présentent des intervalles de raison prolongés. C'est là un délire spécial. D'autres maniaques sont hystériques ou épileptiques. Or, cette liaison d'une névrose avec la ma-

ladie mentale donne un cachet spécial à la maladie. Nous étudierons donc les maladies hystériques ou épileptiques au point de vue du pronostic. Il faut tenir compte de tout : des symptômes, de leurs causes, du traitement qui a été suivi, de tout ce qui a pu se produire antérieurement chez le malade.

En nous basant sur ces considérations, nous avons à vous faire la description de la manie suraigue, de la manie périodique, avec les diverses variétés, suivant la durée de la maladie, ensuite des maladies hystériques et épileptiques ; en d'autres termes, des manies qui ont une liaison avec une névrose. Enfin, nous aurons à vous parler des manies sans délire avec désordre dans les actions, dans les sentiments, dans des surexcitations de différentes natures, où ne se remarque pas un désordre dans les idées.

Grâce à cette classification provisoire que j'établis sans pouvoir arriver à une description que j'appellerai, plus clinique.

maisonie que j'établis. Parlons d'abord du délire suraigu. Il a pour caractère distinctif l'excessive rapidité des paroles et des actes. Tandis que les maniaques ordinaires ont la faculté d'entrer en conversation avec les assistants d'avoir des moments d'intervalle dans leur délire. Le maniaque atteint de délire suraigu n'a point de répit; il est sans cesse en mouvement, il parle tant et avec tant de violence que sa voix finit par s'éteindre. Il ne peut plus articuler les mots, à force de les répéter. Quand un malade, un maniaque présente ce caractère il est atteint de délire aigu. Vous pouvez dès lors affirmer que la maladie aura peu de durée, que l'état chronique est peu probable. Il est donc important de distinguer ces états qui se manifestent, du reste, par des phénomènes physiques. Le malade a la peau, la langue et les lèvres sèches; la chaleur est excessive, il y a de la soif, la salivation est abondante, et le malade se livre à des crachottements

continuels.

On s'est demandé si ce n'était pas la méningite. On a constaté que l'état organique était à peu près le même ; mais on a fait des autopsies qui ont montré qu'il n'y avait pas de méningite proprement dite. C'est un état intermédiaire entre la manie simple et la méningite.

Cet état mérite d'être observé, car il se présente de diverses manières. Quand il arrive d'emblée on peut craindre une mort subite et, jusqu'à présent, les moyens thérapeutiques employés n'ont donné aucun résultat. On a employé des ventouses, des vésicatoires, des bains prolongés, etc. Ces moyens n'ont produit aucun résultat. Les malades meurent presque tous et si quelques uns guérissent, on ne saurait dire la part qui appartient, dans la guérison, au mode de médication employée.

J'arrive à la manie périodique dont je vous ai déjà dit quelques mots. Je veux parler de cette manie qui est intermittente, dans laquelle se produisent des intervalles de rémission plus ou moins long.

D'abord la périodicité n'est pas régulière

comme on l'a prétendu en se basant sur des fa[its]
qui se reproduisent régulièrement mais qui
sont pas des cas de folie, et l'on ne peut pré[voir]
la durée de la maladie.
C'est une folie intermittente difficile à distin[guer]
d'une folie à rechutes. Dans cette folie, on con[state]
une chose dont la cause est évidente. A la
suite d'un accouchement, par Ex, on voit d[es]
accès de folie qui se reproduisent toujours à la
suite de couches = mêmes causes, mêmes effets.
Mais, dans bien des cas, la folie qui s'est
produite une 1re fois, ne se reproduit pas. On
voit, d'un autre côté, qu'une malade qui a
eu des accès dans l'état puerpéral par Ex
éprouve aussi des attaques en dehors de cet éta[t].
On peut aussi devenir maniaque à la suite
d'un profond chagrin, puis la guérison arri[ve],
un autre grand chagrin survient qui n'a au-
cun effet sur celui qui le subit et, plus tard
on voit la manie revenir sans causes appré-
ciables. Pour apprécier les intermittences qui
se produisent dans la manie, il faut pou[r]

remonter aux causes qui ont pu l'amener ; mais si l'accès se reproduit au dehors de causes appréciables, il faut l'attribuer à un état qui n'est pas explicable.

Dans la Manie périodique, des accès très courts sont suivis d'intervalles lucides de quinze jours, d'un mois ; d'autres accès sont suivis d'intervalles d'une bien plus grande durée. On s'est demandé si, dans ces cas particuliers, il faut garder le malade ou le renvoyer à sa famille. Il est d'une bonne pratique de le renvoyer, quand l'intervalle est très prolongé, mais quand il ne l'est que de 15 jours environ, le renvoi ne serait pas suffisamment motivé.

Il y a une autre variété de folie qui avait été confondue avec les autres et qu'il faut distinguer. C'est une variété de folie dans laquelle la mélancolie alterne avec la manie. On voit la mélancolie succéder à la manie, avec des intervalles lucides de courte durée. Cette forme particulière se rattache aux folies périodiques, mais c'est un état spécial qui présente des caractères qui permettent de la distinguer des autres.

espèces de folie : cette folie s'appelle aussi la folie circulaire.
Les folies périodiques ont des caractères communs tenant à la marche de la maladie et qui méritent d'être signalés. Et d'abord, les folies intermittentes ont une invasion plus brusque que les folies continues. Quand un malade est pris rapidement par la manie ou par les prodromes de la maladie et qu'il éprouve aussi rapidement des intervalles lucides de 15 jours, d'un mois ou de plusieurs mois, c'est une maladie périodique. En d'autres termes, quand un malade a un premier accès rapide, et que cet accès une fois disparu, l'on voit se reproduire les symptômes de la manie, on a affaire à une folie intermittente. Les parents du malade s'aperçoivent de son état, prévoient ce qui va arriver, le malade lui-même sent venir son accès.

Les prodromes sont, les uns de l'ordre physique, les autres de l'ordre intellectuel, et se

manifestent toujours de la même manière. Lorsqu'on voit les symptômes de la maladie se reproduire, un 2me accès est imminent.

Un autre caractère de la maladie périodique, c'est qu'un accès a toujours les mêmes caractères que ceux qui l'ont précédé. On peut poursuivre l'identité jusques dans les plus petits détails et, quand il s'agit de cette espèce de manie, il est parfaitement vrai de dire que la cause qui a agi sur l'accès déteint sur la forme; ainsi quand on a été ému par un évènement politique, cet évènement réagit sur le malade. On retrouve donc dans la maladie intermittente à ses différentes périodes, les mêmes caractères les mêmes caractères intellectuels et moraux. Tant qu'elle dure, la maladie mentale conserve les mêmes caractères, se manifeste par la continuité des mêmes phénomènes.

J'arrive à un autre caractère de la maladie, je veux parler de la terminaison. La maladie commence rapidement, elle

finit de même. Les malades se guérissent très rapidement. Il n'y a pas, comme dans d'autres cas de folie, cette dégradation de teinte qui dure 3 semaines et plus. Dans la manie intermittente, la cessation du mal diminue du jour au lendemain. Il y a des individus qui, malades, le soir, sont guéris le lendemain matin. Ils reconnaissent parfaitement qu'ils ont été malades, reconnaissent les phénomènes de leur maladie. Ils disent qu'ils sortent d'un rêve, qu'ils viennent d'échapper à un cauchemar, qu'un voile est tombé sur leurs yeux etc. Si la guérison n'est pas toujours aussi rapide, elle a toujours lieu d'une manière beaucoup plus rapide que les autres.

Je vous signalerai encore un autre caractère de ces maladies : elles sont héréditaires.

Le Dr Morel nous l'a dit et en France et à l'étranger, il a été constaté que la folie périodique, intermittente et héréditaire, qui se reproduit sous la même forme chez plu

sieurs générations.
Vous voyez donc qu'en se basant sur la marche de la maladie, l'on peut arriver à donner aux malades atteints de la manie, des caractères qui permettent de distinguer les divers genres de folie.
Passons aux manies hystériques et épileptiques. Quand on a constaté la liaison d'une névrose avec une maladie mentale, l'on a dit qu'il pouvait y avoir là coïncidence, mais qu'il ne fallait pas admettre un lien intime entre les deux maladies ; que les deux maladies pouvaient sans doute se trouver ensemble mais qu'il n'y avait pas de relation forcée entre elles et l'on a dit que beaucoup d'hystériques et d'épileptiques pouvaient vivre très longtemps sans devenir aliénés. Cependant, une liaison entre ces dernières maladies et celles dont nous vous avons déjà parlé, existe bien réellement ; elle résulte des faits de l'hérédité et aussi de l'observation directe. Les épileptiques sont atteints, cela est parfaitement démontré, d'un trouble mental

Les organes de l'intelligence sont chez eux at-
teints de désordres qui paraissent identiques
à ceux que l'on observe chez les maniaques.
Mais chez les hystériques et les épileptiques, on
aperçoit des manifestations d'un état cérébral qui
peut changer, qu'il faut étudier, qu'il ne faut
pas confondre avec la folie. Chez eux, ce sont des
troubles d'un caractère spécial que l'on doit sé-
parer des autres. Chez les épileptiques, chose
évidente, il y a presque toujours des désordres
intellectuels, sous la forme de trouble mental.
On a dit que la manie épileptique n'a rien
qui puisse la distinguer; qu'elle n'a rien de
spécial: que les malades atteints de cette ma-
ladie sont, les uns tristes, les autres gais
et excités. On en voit d'autres qui sont
tellement affaiblis, qu'ils ne répondent pas
aux questions qu'on leur adresse, qu'ils
sont mélancoliques ou maniaques. Cela est
vrai, mais il faut pénétrer plus avant et
l'on découvrira alors dans le délire épilepti[que]
quelques caractères saillants qui peuvent

servir surtout à la médecine légale.
L'épileptique présente d'abord des altérations de caractères très remarquables. Il est violent, querelleur, disposé à la lutte. Dans les asiles, il n'y a pas de jour, où il n'y ait plusieurs luttes; pour les plus simples contrariétés, ils se battent entre eux ou avec les infirmiers; un rien suffit pour les exciter. Aucun aliéné n'est dangereux comme épileptique quand il est en liberté, aussi bien que les asiles où il est soumis à une surveillance très active. C'est un service beaucoup plus difficile à diriger qu'un autre. Ils sont irritables et ils s'entendent entre eux contre les infirmiers; tandis que l'aliéné est étranger à tous les voisins, est égoïste, rêveur, l'épileptique, lui, conserve assez de raison pour combiner un acte violent et l'on voit des révoltes dans les services d'épileptiques, tandis que l'on n'en voit pas dans les asiles d'aliénés. Indépendamment de ces caractères qui font reconnaître l'épileptique, il y a de véritables

accès de trouble mental qui méritent notre attention. Non seulement l'épileptique est querelleur disposé à la lutte, au combat, mais il va plus loin; il y a des moments où le trouble mental se produit chez lui, comme l'état épileptique lui-même. L'invasion est brusque et la cessation a lieu aussi d'une manière très brusque, comme dans la folie périodique; mais il y a des caractères particuliers sur lesquels l'attention doit être appelée pour bien les décrire. Il faut établir une différence entre le grand mal et le petit mal. Le petit mal des épileptiques dure peu une journée, cependant quelquefois davantage. L'épileptique le sent à l'avance. Il est dans son atelier, je suppose, travaillant régulièrement tout à coup il éprouve le besoin de marcher, il quitte ses instruments de travail et se met à marcher sans but, sans conscience des choses extérieures, préoccupé de certaines idées nouvelles qu'il a déjà éprouvés mais qui ne se reproduisent qu'à certains moments. Ce sont des idées, des sentiments de jalousie

d'autres des sentiments de vengeance vis à vis un parent ou un ami. Ces sentiments de haine se reproduisent à chaque accès. Il se plaint de son père, de ses amis, de sa femme etc. Il se croit persécuté ; il a un tel ennui de la vie qu'il ne songe qu'au suicide, et le suicide s'accomplit alors avec une instantanéité extraordinaire. Sous l'influence de ces excitations, de ces ennuis, ~~de~~ les désespoirs, les épileptiques sont capables de tous les actes violents qu'ils accomplissent instantanément. C'est la plus dangereuse de toutes les aliénations dans cet état de petit mal et celle dont les tribunaux ont le plus souvent à connaître.

Les médecins légistes doivent donc étudier l'état mental des épileptiques atteints de ce petit mal. Ils vagabondent, ils s'égarent dans la campagne, dans les rues des villes ; c'est le hasard qui les dirige ; ils se saisissent des instruments dangereux qui tombent sous leurs mains ; leurs instincts

violents n'ont pas de but ; ils se précipitent sur des individus qu'ils ne connaissent pas et les assomment ; ils frappent aveuglément, sans motif, avec une véritable furie : on constate toujours plusieurs blessures ; ils donnent jusqu'à 20 et 30 coups ; ils frappent sur la tête et recommencent quand leur victime est tombée pour assouvir leur rage instinctive.

Il y a donc des caractères particuliers dans ces actes violents qu'accomplissent les épileptiques qui permettent au médecin de remonter à l'origine de la maladie.

Ces accès sont courts ; ils ne durent que quelques heures, un jour au plus. A la suite des accès le malade revient à lui ; la guérison est très rapide, il est comme dégrisé ; il ne se rappelle vaguement que des faits de la dernière période de la maladie. L'oubli est un caractère dominant de l'épilepsie. La plupart des épileptiques, pour ne pas dire, tous, oublient les phénomènes de l'accès, ou du moins le plus grand

nombre d'entre eux. Un voile très épais leur cache leurs souvenirs. Quelquefois ils ont le souvenir du dernier acte accompli. Ils s'en vont auprès d'un magistrat et l'avouent mais d'une manière très vague car ils ne se rappellent que la dernière circonstance, le dernier acte; ils se rappellent, par ex, qu'ils ont vu le couteau rester dans la plaie. Quand ces individus sont mis en prison et qu'ils sont interrogés ils répondent assez bien aux questions qu'on leur pose, et quand ils perdent le souvenir sur certaines circonstances déterminées, le magistrat suppose qu'ils cherchent à échapper à la vindicte des lois; il est alors disposé à les considérer comme des criminels, d'autant plus qu'ils répondent parfaitement sur les dernières circonstances du crime. Mais quand le médecin expert pénètre dans les antécédents du malade, il éprouve que le malade a eu des accès, il reconnait l'épilepsie à une certaine ~~Leps~~

sugillation qui existe à la peau du front, en un mot par les phénomènes qui indiquent le petit mal, mais les signes distinctifs de cette maladie ne sont pas toujours remarqués, et comme l'a dit M. Trousseau, beaucoup de malades sont épileptiques, sans que personne s'en aperçoive.

A côté du petit mal, il y a la manie qui dure plusieurs jours; c'est un accès de manie, violent, dangereux, mais alors, l'épileptique est dans un asile d'aliénés, et l'on peut l'examiner avec soin. Cependant les mêmes difficultés surgissent; on méconnaît souvent alors la nature du mal, souvent alors on ne voit pas qu'on a affaire à un épileptique. Pour le constater, il faut remarquer la perte du souvenir après l'accès, la cessation brusque de ces mêmes accès, en un mot, tous les caractères du petit mal qui ne sont qu'exagérés quand il s'agit d'un grand mal.

On peut donc séparer la manie épileptique des autres manies. Or, ce n'est pas là un simple objet de curiosité, car, quand on sait qu'on a affaire à un épileptique, l'on peut affirmer que cette manie se reproduira fréquemment, qu'il y a des précautions à prendre qu'un jour ou l'autre, le malade aura un nouvel accès. C'est surtout utile pour la médecine légale, de pouvoir rattacher le trouble mental à une névrose. Le médecin a alors, entre les mains, une arme puissante, pour faire amnistier le malade. Il est plus fort encore quand il peut dire qu'on a affaire à un homme malade, depuis son enfance, et doublement malade au point de vue physique, comme au point de vue mental. Vous voyez donc, Messieurs, combien distinctions que je viens d'établir devant vous, sont importants.

11me Leçon.

Mardi 11 Janvier 1870.

Messieurs,

Dans la description des variétés de la Manie, je me suis arrêté à la Manie épileptique ; il me reste à vous parler de la manie hystérique, de l'excitation maniaque et des différentes variétés de la Manie sans délire.

La Manie hystérique est elle une forme de la folie ? Peut-on la distinguer par quelques caractères spéciaux ? M Moreau de Tours a eu soin d'insister sur les relations qui existent entre l'hystérie et la folie. Il ne faut pas seulement une relation générale, il faut des

caractères particuliers qui existent et qui mé-
ritent de fixer notre attention.
Le maniaque hystérique est moins incohérent
que dans la manie aiguë où le délire est
très incohérent, sans suite. Dans la manie
hystérique, il y a une suite logique dans
les idées : en examinant les malades, on
trouve une suite dans les idées qui les domi-
nent. Mais c'est surtout par le trouble des
actes que se distinguent les hystériques. Elles
sont désordonnées comme les autres, violentes
en paroles, en actions. Ce sont les maniaques
les plus difficiles ; tous leur moyens leur
sont bons pour manifester leurs sentiments
elles frappent, elles injurient, crachent à
la figure. Il y a donc une différence entre
la manie hystérique et la manie propre-
ment dite.
La différence consiste surtout dans l'al-
tération des penchants, elles font le mal

pour le mal, elles sont disposées à inventer des calomnies, des accusations contre les personnes avec lesquelles elles sont en rapport. On aperçoit une surexcitation de mauvais sentiments et une altération correspondante de l'intelligence, sous le rapport d'inventions diaboliques. Ainsi, les hystériques inventent contre leurs parents, leurs enfants, leurs amis, les accusations les plus horribles qui sont crues par les assistants et qui donnent lieu à des procès qui peuvent aller jusque devant les tribunaux. Beaucoup de procès n'ont d'autre base que la maladie dont je vous entretiens. Les caractères que je viens de vous indiquer rapprochent l'hystérie de la folie raisonnante; il y a autre chose, des conceptions délirantes. La malade hystérique ne se borne pas aux attaques les plus violentes, elle se croit enceinte, elle prétend avoir violée, elle raconte une foule d'histoires absurdes, elle accuse certaines personnes avec une précision dans les détails qui fait illusion,

avec une précision telle que les assistants croient à la réalité des récits qui leur sont faits
On voit des malades qui croient avoir dans le corps des animaux, des vers, le diable etc. Cette variété était très fréquente au moyen âge.
Ces malades montrent encore diverses tendances, entre autres celles de se déshabiller, qui les rapprochent des malades atteints de nymphomanie
Vous voyez que la Manie hystérique a quelques caractères moraux distincts. On observe aussi chez les malades hystériques des phénomènes physiques
Elles ont des maux de tête. Tantôt il y a perte complète de l'appétit, tantôt, au contraire, exagération de l'appétit, en un mot, l'appétit est dépravé. Il y a une altération physique concomittante de l'altération morale. Les malades peuvent résister à une fatigue incessante ils éprouvent même un sentiment de bien être. C'est une altération du système nerveux considérée dans son ensemble.

Aucune maladie n'est plus mouvementée que celle-ci. On voit souvent des malades

qui, au bout de 15 jours, tombent dans la mélancolie, puis ils arrivent à une époque de rémission. Les médecins, les parents, les croient guéris quand, tout-à-coup, la maladie se reproduit avec les mêmes caractères. C'est une maladie essentiellement rémittente. Les guérisons ne sont pas de longue durée; les malades ne tardent pas à subir de nouvelles atteintes et à revenir dans les asiles. Les chances de curabilité sont moins grandes dans cette maladie que dans les autres espèces de manie. Le médecin doit toujours conserver la crainte des rechutes et de la transformation de la maladie en démence.

Il y a des malades qui arrivent très rapidement à l'état de démence. Elles sont immobiles, les mains enflées, elles ont de la salivation, la débilité intellectuelle est très prononcée = de plus, et ce qui est un caractère particulier de l'hystérie, il y a des actes violents. On les voit tout-à-coup sortir de leur immobilité et se précipiter à la gorge d'une

compagne, se suicider ou essayer de se suicider; elles brisent tout ce qui leur tombe sous la main et se livrent à toutes sortes d'actes violents de la manière la plus rapide. Vous voyez qu'au milieu de tout cela, il y a des caractères qui permettent de reconnaître la nature hystérique du mal.

Mr le Dr Morel s'est beaucoup occupé de la variété des phénomènes qu'on remarque chez les malades hystériques: plusieurs de ses élèves ont publié des thèses sur le même sujet.

Il y a donc des caractères physiques et moraux qui permettent de reconnaître la manie hystérique et de la distinguer des autres espèces de manie. Ce n'est pas par les symptômes hystériques proprement dits, qu'on peut arriver à ne pas confondre l'hystérie avec d'autres maladies, car ces symptômes sont très difficiles à distinguer. Ainsi, de grandes attaques, signes caractéristiques de la manie manquent souvent, puis l'on retrouve dans l'hystérie, les boules, le clou, l'anesthésie

été. On peut poser que, plus les phénomènes physiques sont grands, moins le trouble mental est grand.

Le caractère des hystériques subit de grandes altérations; il devient difficile, inégal, les variations d'humeur sont surtout remarquables à l'époque des règles. Souvent il n'y a que des altérations de caractère et point de trouble mental. Dans les asiles, au contraire, les phénomènes physiques dominent. Par l'observation, par les renseignements qu'il prend, le médecin peut savoir à quelle maladie il a affaire; si c'est une manie liée à l'hystérie.

Il y a une autre variété de manie qui diffère de celles dont j'ai déjà parlé = je veux parler de l'excitation maniaque.

Dans cette espèce de Manie, les idées sont suivies. On remarque une très grande rapidité dans la succession des pensées mais il n'y a pas de désordres, comme dans les maladies aiguës. Dans ce délire simple, le malade parle avec volubilité, mais ses paroles ne se suivent pas; c'est un délire fragmenté très difficile à suivre. Il faut écouter long-

temps les malades avant de se rendre compte de leurs idées avant d'en retrouver le fil. Ils paraissent cependant raisonnables ; il y a chez eux des apparences de raison, ils sont même spirituels ; ils ne se sentent pas malades, au contraire, ils éprouvent un grand sentiment de bien être.

Si vous entendez délirer un malade de cette espèce, vous êtes frappé d'étonnement, mais il faut pousser plus loin l'observation. Vous voyez que les idées se succèdent avec une rapidité incroyable, mais en examinant de près le malade, vous vous apercevez qu'il y a du délire, un désordre qui est peu évident dans l'association des idées, mais qui l'est surtout dans les actions. Les malades qui raisonnent, qui parlent si bien, qui arrivent jusqu'à la poésie, se livrent à des actes on ne peut plus désordonnés. Dans le monde, il n'est sorte de scandale qu'ils ne causent. La vie de société leur est impossible. Dans les asiles d'aliénés, ils met-

sent l'insurrection partout et l'on est forcé de les séparer de leurs compagnes d'infortune. Il y a là, entre les apparences de raison qu'on aperçoit chez les malades, et d'un autre côté la violence de leurs actes, une différence qu'il importe de signaler.

Cet état est assez fréquent : on l'observe souvent. Il y a 3 choses principales sur lesquelles l'attention doit se porter.

Le délire commence par la surexcitation des facultés. Les malades ont une volubilité de parole excessive ; puis arrive l'incohérence, l'incohérence simple, quelquefois de courte durée, dans d'autres cas très prolongée. C'est ce que mon père a appelé la maladie circulaire qui dure 6 mois et quelquefois plus.

Ils parlent continuellement, sont toujours en mouvement, ils ont des costumes bizarres, se couronnent de fleurs. Ils manquent de prudence, s'abandonnent à un laisser-aller incroyable, cependant il y a encore une certaine suite dans leurs idées.

La folie circulaire est caractérisé par des alter-

natives d'excitation et d'affaissement. Ces deux formes de la maladie au lieu d'être isolées se trouvent réunies. On voit des maniaques, un jour mélancoliques, un autre jour gais, exaltés. En d'autres termes, le malade passe successivement de l'état maladif à l'état de repos: c'est là la maladie dite circulaire. Quand, dans l'espace de peu de temps, d'un mois, par Ex, le malade passe par 2 états, il n'est pas possible de douter, de ne pas se rendre compte de la situation; mais quand l'état est à échéance plus éloignée, quand l'excitation qui a duré 3 ou 4 mois est remplacée par la mélancolie qui dure plus longtemps encore, l'examen est beaucoup plus difficile. En résumé, période d'excitation, période de mélancolie, avec plus ou moins de durée, tels sont les caractères principaux de la variété de manie dont je vous parle.

ces formes de maladies mentales méritent d'être étudiées au point de vue clinique car il importe de les distinguer pour le diagnostic, pour le pronostic. Quand on a constaté la reproduction successive de ces états d'excitation et d'affaissement, on peut espérer que le malade pourra rentrer dans le monde et y vivre de la vie commune.

Quand le malade est affaissé, il reste au lit, il cesse de voir ses amis, néglige les devoirs de sa profession, tandis que dans la période inverse, c'est le mouvement perpétuel : il y a donc là deux états bien différents, mais le cercle subsiste toujours. Cette maladie est héréditaire et alterne avec des maladies nerveuses, comme l'hystérie.

Il me reste à insister sur des variétés de la manie difficiles à décrire, sur celles dont l'existence est la plus contestable ; elles ont donné lieu à de nombreuses discussions entre les avocats et les magistrats, à des difficultés qui sont loin d'être résolues. Je parlerai d'abord de la folie lucide raisonnante. Pinel a dit que ce qui caractérise cette espèce de folie, c'est qu'il y a un désaccord

entre le désordre des actions et la lucidité de l'intelligence des malades. Ils raisonnent très bien et agissent de la manière la plus déplorable.

De même que les philosophes établissent une distinction entre les facultés instinctives et les autres, Pinel a établi que, dans ces maladies il n'y avait aucun lien entre les actes et l'intelligence du malade; mais une observation plus approfondie a été faite; on ne s'est pas borné à une distinction superficielle, et l'on a vu que si, souvent le désordre dans les actions est plus prononcé, le trouble de l'intelligence existe également: l'intelligence n'est pas respectée; il y a des facultés effacées dans l'intelligence, en même temps que dans les penchants. Cette opinion a été très combattue: des divergences se sont produites. Esquirol, Pinel et d'autres ont admis que la folie pouvait exister, sans être accompagnée de trouble dans les facultés intellectuelles

Mon père, dès 1819 a combattu cette thèse et a avancé que le trouble dans l'intelligence existait toujours, qu'il ne se présentait pas de cas, où le trouble de l'intelligence ne fut concomittant du trouble des sentiments.
Son opinion a été défendue en Allemagne par plusieurs aliénistes. En Angleterre, au contraire, on a soutenu que les sentiments peuvent être altérés en dehors de tout trouble intellectuel. Aujourd'hui l'on s'attache à peindre la maladie telle qu'elle se présente sans rechercher la part qui doit être faite aux lésions qui se sont produites soit dans l'intelligence soit dans les sentiments. L'observation démontre que, quand il y a délire d'actions prédominant, il y a également un trouble d'intelligence et que les facultés ne peuvent être scindées, aussi bien dans l'état normal que dans l'état maladif.
Il faut abandonner ces distinctions pour aborder l'observation clinique, surtout pour la folie raisonnante. Qu'est-ce qui la caractérise

Il faudrait suivre le malade depuis son enfance dans les mouvements, dans les faits de son existence accidentée. Ce n'est qu'à cette condition qu'on peut bien apprécier son état et donner des renseignements qui peuvent être d'une grande utilité pour les médecins. Ou bien encore faut-il partager leur existence. Ainsi les femmes peuvent indiquer l'état de leurs maris et les maris celui de leurs femmes. En présence du public, ces malades dissimulent et se présentent sous un aspect tout différent. Le jugement du médecin change donc suivant le point de vue où il se place, en d'autres termes, il y a 2 manières de le juger. C'est un état qui peut être passager ou qui peut durer pendant toute la vie du malade. On prend pour fous raisonnants ceux qui parlent bien, ceux qui cherchent à expliquer à excuser les actions les plus dégoûtantes.

Souvent on vous présente un malade de cette espèce, il vous paraît atteint d'une maladie circulaire car vous vous êtes aper-

en qu'il pouvait entrer dans des périodes dé-
croissantes. C'est pour le médecin un trait de lu-
mière qui éclaire son diagnostic, son pronostic.
Devant les Magistrats vous êtes fort si vous dites
que ces malades que l'on voit si violents, dont
les actes étonnent tout le monde, peuvent devenir
si l'on attend quelques mois, d'autres hommes,
qu'ils peuvent changer complètement, que ces
malades qui manifestaient une intelligence si
vive tomberont dans le mutisme, que leur in-
telligence se trouve très ralentie, que leurs
facultés arriveront à un état véritable ané-
antissement. Ce même homme qui était tou-
jours en mouvement, restera dans sa cham-
bre, au lit, se laissera mourir de faim et
l'on pourra constater l'absence du mobile.
Devant un magistrat, vous démontrerez que
vous avez affaire à un homme réellement ma-
lade, ne jouissant pas de sa liberté morale.
Vous voyez combien il importe de faire l'his-
toire de toute la maladie et de ne pas se
borner à l'étude de quelques faits.
La maladie hystérique représente une autre

variété de la folie raisonnante. Les malades qui ont une une lucidité relative, qui accusent leurs parents, qui prétendent avoir été violées et qui, souvent sont crues, ne sont que des hys-tériques. Il faut aller plus loin, il faut faire le tableau de la maladie et vous arrivez à une force de conviction invincible. Sans doute, il y a apparence de raison mais en examinant bien, vous voyez bien l'excitation au moment des règles surtout, il y a des maux de tête, le clou, etc. Alors, en faisant l'histoire de la maladie, en en indiquant la marche, vous faites entrer votre conviction dans l'esprit des juges.

Après la mélancolie il y a aussi, avant que la paralysie se déclare, des périodes prodrô-miques. Vous voyez, à la 1re période, le ma-lade manifester une grande satisfaction; lui qui était affaissé on le voit se livrer à toutes sortes de spéculations, même importantes, sé-rieuses, et sous l'influence de la maladie; ils font des faux, commettent des vols insi-gnifiants, prennent un objet sans s'inquié-

ter du propriétaire. Ils sont, dans la 1re période de la paralysie générale et l'on dit : mais c'est un homme très raisonnable ; il était à la tête d'une grande affaire etc, mais ce que l'on ne sait pas, c'est qu'il se livrait à des excès de femmes, de boissons, qu'il battait sa femme, qu'il ne dormait plus, que toutes ses actions en un mot étaient étranges, désordonnés.

Voilà plusieurs variétés de folies que l'on comprend à tort dans la folie raisonnante.

Il y a une autre variété accompagnée de préoccupations particulières. Le malade a des hallucinations de l'ouie ; il a assez de force pour dissimuler sa folie : ainsi, si on le soumet à une action judiciaire, l'on ne peut pas le faire délirer, il discute parfaitement, il se méfie, et il répond parfaitement, surtout quand on l'attaque au sujet du point qui l'a mis en cause ; mais l'observation clinique vient en aide au médecin. Il faut suivre la piste du délire et l'on ne tarde pas à apprendre que le malade avait changé d'habitudes qu'il

croit à des influences de diverses espèces, qu'il croit entendre des voix qu'il accuse de lui faire éprouver de grandes douleurs et au lieu de croire à une maladie quelconque, le médecin aperçoit sous quelles influences a agi le malade, mais il ne peut arriver à se prononcer de cette manière qu'après avoir suivi la piste de la maladie.

Vous voyez qu'il est possible de faire une grande défalcation qui réduit singulièrement les cas qui méritent bien le nom de folie raisonnante. Vous voyez tout de suite que nous avons à mettre de côté la folie circulaire, l'hystérie, etc. Que reste-t-il à classer parmi les fous raisonnants? quelques cas, des états héréditaires une infirmité morale plutôt qu'une véritable maladie.

Nous apprenez que la maladie qui vous est signalée a commencé avec l'enfance du malade; dès l'âge le plus tendre, il avait des tendances à la férocité, les tendances les plus étranges; qu'il a fallu le renvoyer du collège, qu'il avait cependant des dispositions remarquables

pour un art quelconque, la sculpture, la peinture, la musique, mais que, dans son ensemble, son intelligence était affaiblie.

M. Félix Voisin a parfaitement montré que des individus réellement idiots conservent des facultés partielles. Je vous en citerai un ex. Mondeux possédait une faculté remarquable que vous connaissez tous et, d'un autre côté, il était épileptique, c'était un idiot complet.

Vous arrivez ainsi, en étudiant la vie des fous raisonnants à voir que, dès leur enfance, ils présentaient un affaiblissement qui faisait d'eux des êtres inférieurs.

Parmi eux, les uns tombent vite dans la démence ou l'idiotisme; chez les autres se présentent d'autres phénomènes; leur vie est aventureuse, n'est qu'une longue odyssée. Ils se font chasser du collège, entrent dans un couvent, étonnent tout le monde par l'ascétisme de leur vie, par la régularité de leur conduite l'expansion de leurs vertus; puis ils abandonnent tout, passent d'un extrême à

l'autre, s'engagent, se font condamner par les Conseils de guerre, entrent dans la marine, s'installent dans les colonies, s'y livrent à toutes sortes de trafics et puis, après s'être livrés à tous les désordres, ils reviennent, se marient, sont l'occasion de tous les désordres, font des procès, demandent des séparations de corps et souvent, après quelques années passées entre l'asile des aliénés et la cour d'assises, ils arrivent à la maison des aliénés. Ils écrivent alors des lettres de réclamation, avec tant de lucidité, que tout le monde leur donne raison. Ils ont des périodes d'amélioration et le médecin est tourmenté par les parents, par les amis du malade, pour qu'il le mette en liberté. Mais une fois rendu à la liberté, le malade recommence ses folies : c'est là l'existence irrégulière, fatale qui constitue ce que l'on appelle l'aliénation raisonnante. Encore ici, au lieu d'examiner ces aliénés

à un moment donné, il faut recueillir sur eux tous les renseignements possibles et alors on peut rendre un jugement.
Prenez leurs écrits (presque tous ces aliénés écrivent beaucoup) vous verrez qu'ils écrivent d'une manière incohérente. Quand ils sont maintenus par un interlocuteur, ils causent très bien, mais dans leurs écrits ils s'égarent. Le commencement de la lettre ne laisse souvent rien à désirer, puis on s'aperçoit qu'il est en contradiction évidente avec la fin. C'est là un signe caractéristique de l'état morbide.
Leurs écrits ne sont pas seulement incohérents dans le fonds, mais ils ont dans la forme des caractères qui sautent aux yeux.
Ils ne complètent pas les mots, il y a des réticences, de longs tirés, ils soulignent les mots, ils écrivent dans tous les sens, avec des lettres de formes différentes, ils emploient des couleurs etc. L'écriture de ces fous est facile à reconnaître et suffit quelquefois au médecin pour

juger le malade, pour voir s'il a affaire à un aliéné et il peut ainsi faire l'histoire de la maladie.

Il y a donc, comme vous voyez, pour distinguer cette maladie des caractères cliniques pathologiques, rigoureux, qui ne sont pas de l'invention des aliénistes. Il faut le dire, les aliénistes ont peut être prêté le flanc à la critique en faisant de la théorie, de la dissertation sur des classements de différentes espèces de folies, entre lesquelles la pratique ne peut apercevoir de différences bien marquées. Mrs Campagne et Chulier ont écrit à ce sujet. Leurs ouvrages contiennent des choses très vraies, très solides et sont bons à consulter. Samedi je vous entretiendrai du délire partiel.

12me Leçon.

Samedi, 15 Janvier 1870.

Messieurs,

Après vous avoir parlé ~~de~~ l'aliénation générale avec excitation, j'ai aujourd'hui à aborder le terrain de l'aliénation partielle.

Comme je vous l'ai dit, ce sont les 2 divisions principales des classifications de Pinel et d'Esquirol admises en France et à l'Etranger.

L'aliénation partielle comprend plus de faits que l'autre; si l'on se bornait à l'idée préconçue de la plupart des personnes qui entrent dans les asiles d'aliénés, il semble que c'est l'état de la ~~maladie~~ manie aiguë qui prédomine; mais quand on fait une statistique exacte, s'étendant à tous les pays du monde, on ne tarde pas à être convaincu qu'il en est autrement.

Il est difficile d'établir un rapport exact, de déterminer dans quelles proportions entre, parmi les malades atteints de délire, les malades atteints simplement de délire partiel ~~aussi~~ aussi a-t-on divisé ces derniers en 2 grandes catégories. On les a divisés suivant la mode antique, en malades gais ou en malades tristes, ou mieux en malades atteints d'un état dépressif ou expansif, ce qui est préférable; car souvent la gaîté chez les malades n'est pas un signe caractéristique. Ils ont un grand besoin d'activité, de parler, plutôt qu'une véritable gaîté. Les mots de drépession et d'expansion s'appliquent mieux à tous les faits qui se rattachent à l'aliénation partielle.

Vous trouverons donc chez les malades atteints de l'aliénation partielle, une aliénation dépressive ou une aliénation expansive.

L'aliénation partielle dépressive se subdivise en plusieurs variétés. Pour aujourd'hui je me bornerai à vous parler de la mélancolie en général, ou en d'autres termes de l'aliénation

dépression en général.
Quelques mots d'abord des aliénations partielles envisagées en général, au point de vue psychologique. On a cherché à classer les variétés de cette aliénation d'après les lésions faites à la sensibilité, à la volonté, à l'intelligence ; on a aussi essayé de les classer d'après les actes partiels auxquels se livrent les malades dans leurs actes dominants. Les divisions adoptées reposent sur la nature des idées ou des sentiments altérés : de là des divisions innombrables ; les monomanies ambitieuses, religieuses, les monomanies qui consistent à ce qu'un malade se croit transformé en animal ; puis les monomanies d'amour, de vengeance, les manies de ménage jusqu'à l'extrême, jusqu'au ridicule ; d'autres encore qu'a indiquées le Dr Guislain. On voit que l'on s'est dirigé dans ces études d'après les principes qui ont dirigé la science moderne jusqu'à présent : d'après les idées délirantes ; je crois qu'il vaut mieux étudier l'état du malade quels que soient le degré

et la diversité de ses manifestations délirantes. Au lieu de vous décrire la mélancolie de cette manière, d'après les idées prédominantes d'emprisonnement, de culpabilité j'irai la chercher dans l'état général, dans l'ensemble des dispositions sur lesquelles se développent les idées délirantes. C'est pour moi la seule manière de faire une étude pathologique sérieuse. Au moyen-âge, les idées qui prédominaient chez ces malades, étaient relatives à la magie, à la sorcellerie : aujourd'hui l'on a affaire à des idées de chimie, de police, de physique, de somnambulisme, et, considéré antérieurement, le délire subit des modifications suivant l'époque, le milieu social où il se produit. Dans les campagnes par Ex, les malades croient qu'on leur a jeté un sort, ils croient d'après les idées superstitieuses qu'ils ont, être ensorcelés, tandis que, dans les grandes villes, ils se croient poursuivis par la physique, la magie etc. Il y a dans

la mélancolie à étudier plusieurs états : d'abord l'état général, la physionomie de la maladie, puis d'autres états auxquels il ne faut du reste apporter qu'une attention secondaire.
Il faut d'abord établir une division d'après les grandes divisions dont nous avons déjà parlé : la sensibilité, la volonté, et l'intelligence. Ces grandes divisions sont nécessaires quand il s'agit de faire l'étude de l'esprit humain, que l'on est obligé d'analyser les faits pour les bien observer. Si nous observons un mélancolique, nous voyons un individu différent de lui-même, métamorphosé. Au lieu de s'occuper de la vie réelle, commune, sous l'influence de la maladie, il ne s'occupe plus de rien ; il s'enferme dans la solitude, dans le mutisme. C'est là le fait dominant de l'état mélancolique. Cette transformation peut être étudiée dans les actions, dans les sentiments, dans la volonté, et dans l'intelligence.
L'homme métamorphosé n'éprouve plus les mêmes impressions. Au lieu d'être frappé par les choses heureuses, d'éprouver des sentiments affectueux, il devient jaloux, défiant,

Les sentiments de répulsion dominent chez lui ; il est complètement changé à tous égards. Dans la 1re période de la maladie, il a conscience de son état et s'en afflige. La maladie détermine d'abord chez lui un profond dégoût de toutes choses, une indifférence pour les choses comme pour les personnes et elle s'applique même aux personnes qui étaient le plus aimées. Tout contact avec les hommes et les choses lui est pénible, il les voit avec travers un voile qui s'est étendu sur ses yeux ; il cherche un refuge, quelques consolations contre ces impressions douloureuses, mais il trouve partout ces impressions qu'il attribuait au monde extérieur. Il se croyait des ennemis et, quand il se refugie en lui-même il se voit encore rivé à cette chaîne de pensées impossibles qui l'obsèdent. ~~Les~~

La douleur, l'inquiétude, l'anxiété, des sentiments pénibles, c'est là le fait premier, la disposition fondamentale qui sert de développement à la maladie. Le malade n'éprouve

que des sensations pénibles, il cherche la cause de ces dispositions et ne sait où la trouver. Il la cherche partout. Tantôt il croit qu'il a des persécutions auxquelles il attribue toutes ses souffrances, tantôt il cherche dans son passé dans ses souvenirs, et il trouve, à force de ruminer dans sa vie passée, des événements souvent peu importants, auxquels il n'avait attaché aucun intérêt qui deviennent tout-à-coup des événements de son existence. Il s'accuse d'avoir accompli tel ou tel fait, il se croit perdu, damné, il reconnaît que, dans d'autres circonstances, ces sensations pénibles se portaient sur le monde extérieur. Mais ce qui domine, c'est l'état de douleur, d'anxiété, c'est l'état qui fait le fonds véritable de la mélancolie, fond sur lequel viennent se développer les idées douloureuses. A côté de cet état, il faut placer l'état de la volonté. Il est très modifié chez les mélancoliques. Les malades disent : Je veux, et ils ne peuvent pas.

se décider à accomplir un fait. Ils restent au lit sous l'influence de la maladie; quelquefois cependant la volonté acquiert une certaine puissance; mais les malades agissent en vertu d'idées délirantes. Ils vont, viennent, réclament, pleurent; ils répètent toujours les mêmes choses, les mêmes actes; ils disent qu'ils sont des hommes épouvantables, condamnés à l'échafaud, qu'ils ont tout mérité. La volonté est vraiment impuissante et, sous l'empire de leurs idées délirantes ils se meuvent comme de véritables automates.

Il y a des mélancoliques qui ont des tendances au suicide et qui, bien que la volonté soit absente, bien qu'ils soient incapables souvent d'accomplir un acte insignifiant, deviennent très déterminés quand il s'agit d'accomplir un acte violent, l'homicide, le suicide.

Il y a trois lésions de la volonté

qui se manifestent par l'inertie ou la dépression (mélancolie ancienne) par la stupeur, et en 3me lieu par un acte délirant comme le suicide ou l'homicide.
Pour étudier les lésions de l'intelligence, il faut étudier l'état général de dépression, la lenteur qui se produit dans la succession des idées, les malades ont peu d'idées; leur intelligence ne s'applique qu'à un certain nombre et est incapable de se porter ailleurs. - On remarque là, dans l'intelligence un phénomène qui a fait croire que la mélancolie devait être caractérisée par la concentration de l'intelligence sur certaines choses. Quand on pousse l'examen plus avant, l'on remarque que le malade est plus absorbé qu'attentif; il n'y a plus d'activité intellectuelle, quelques malades même ne pensent pas du tout; ils répètent toujours la même chose; ils parlent sans doute de certaines choses, de certaines idées mais il y a peu de force de concentration d'attention.
A côté, nous avons les conceptions délirantes. Il est difficile d'être mélancolique sans porter ces dispositions sur une cause, un objet dé-

terminé. L'intelligence humaine a certaines lois auxquelles elle ne peut se soustraire. Les mélancoliques cherchent à expliquer leur délire triste à les rattacher à des idées qui dominent en eux à des idées religieuses, de damnation etc. ils cherchent les fautes qu'ils ont pu commettre se croient condamnés, et ne peuvent fixer leur attention sur une autre idée. Dans d'autres circonstances, ils ont des idées d'empoisonnement ils refusent les aliments. Ces idées délirantes ont sans doute de l'importance, mais n'ont pas le 1er rang. Il faut d'abord étudier les idées qui viennent de la sensibilité.

La sensibilité physique est altérée comme dans la sensibilité morale.

La sensibilité physique doit être ~~étud~~ étudiée tout d'abord. Il se manifeste chez le malade le sentiment de malaise, d'anxiété, de douleur : ce sentiment se produit aussi aux points de vue intellectuels et moral. C'est l'anxiété qui est le signe primordial de la maladie et la sensation douloureuse qu'il éprouve, à laquelle il donne un nom

particulier disparaît souvent comme par enchantement et il éprouve un grand soulagement quand disparaît le malaise.

Il y a une lésion qui mérite d'être prise en considération; de plus, il y a des phénomènes particuliers d'hyperesthésie, d'anesthésie. Les malades sont insensibles. On peut pincer un mélancolique, sans déterminer l'apparence de la douleur. On a vu, au moyen âge, torturer des malades sans qu'ils manifestassent de la douleur. Dans l'anesthésie, l'insensibilité est complète comme dans l'hystérie. On a aussi remarqué que presque toujours la névralgie est liée à la mélancolie et plusieurs médecins, entre autres, Griesinger ont fait à ce sujet des études qu'ils ont étendues à diverses sphères de l'organisme.

Il est vrai que l'on a vu la névralgie continuer tant que dure le délire; mais aussi, souvent la névralgie soumise à un traitement spécial a disparu et le trouble mental a subsisté. C'est là un fait important. Les illusions, les hallucinations sont fréquentes,

mais pas au même degré.
Les hallucinations se produisent surtout dans l'état de stupeur. Le malade vit en dehors du monde réel, à tel point que l'observateur ne peu[t] apercevoir de trouble extérieur chez lui. Il paraît inerte, plongé dans un véritable état d'idiotie quand il redevient convalescent, il raconte tout ce qu'il a vu. Il dit qu'il se croyait transform[é] en statue, qu'il obéissait automatiquement à d[es] voix des personnes qu'il ne voyait pas et qui le condamnait à l'immobilité; il simule l'i[di]otisme tandis que, dans son for intérieur, le travail de la pensée persiste.
Les hallucinations sont très fréquentes dans la manie religieuse, chez les malheureux qui se croient possédés du démon. Elle était surtout fréquente au moyen âge. M. le Dr Calmeil a consacré 2 volumes à l'étude de cette maladie.
Les fonctions organiques sont également trou[-]blées chez les mélancoliques
Il ne suffit pas d'envisager la maladie au

point de vue mental, ce, à quoi on s'est souvent borné. Les idées saillantes que l'on a remarquées chez les malades, les histoires très émouvantes qu'ils racontent sur leur délire, ne sont point des caractères scientifiques : il faut toujours faire le tableau des phénomènes physiques à côté du tableau des phénomènes moraux.

Le sommeil est troublé ; le malade cesse de dormir et, s'il a un demi sommeil, il a des rêves épouvantables qu'il peut raconter quand il revient à l'état de veille. L'insomnie se prolonge souvent pendant plusieurs mois, mais le sommeil revient progressivement avec la convalescence.

Les fonctions digestives sont troublées et, comme dans l'hypochondrie, les troubles sont variés. L'appétit n'existe plus ; la langue est chargée ou sèche ; il y a une altération qui se manifeste surtout par le refus des aliments et il arrive que l'on est parfois obligé d'employer des moyens violents pour que le malade prenne quelque nourriture. Le refus des aliments est dû au trouble des voies digestives. On s'est trop occupé des idées mentales et pas assez des phénomènes physiques. Il faut dire cepen-

dont qu'il y a des aliénés qui refusent les aliments pour se suicider, d'autres pour obéir à des voix mystérieuses, religieuses, ou dans la crainte d'être empoisonnés.

Dans la Mélancolie, l'on constate presque toujours que les fonctions digestives sont pénibles. Il y a des motifs très divers de l'ordre physique, intellectuel et moral. La plupart des aliénés qui refusent des aliments n'ont pas la faculté de digérer et ont une répulsion très prononcée pour les boissons et les aliments. Les conceptions délirantes viennent en aide à ce refus d'aliments, mais le fait principal est de l'état des fonctions organiques est altéré, aussi faudrait-il chercher à modifier cet état particulier du système nerveux.

Le malade éprouve des vomissements, de la constipation etc. Comme dans l'hypochondrie, mille phénomènes nerveux, abdominaux, indiquent l'altération du tube intestinal, phénomènes étudiés par les auteurs anciens et par les modernes, mais peut-

être par ces derniers.

On remarque que le pouls est très ralenti, très faible : dans quelques cas c'est à peine si on peut le sentir. Les pulsations du coeur sont également ralenties ; de même pour la respiration qui a lieu d'une manière très lente.

On voit les mélancoliques obligés de recourir à des soupirs prolongés pour rétablir l'équilibre dans leur respiration. Ils ont, la plupart du temps, les extrémités froides. Il y a un désordre évident dans la circulation capillaire comme dans le reste ; en un mot, toutes les fonctions sont atteintes.

Dans les fonctions génitales il y a un affaissement complet chez l'homme et chez la femme, surtout chez la femme, où l'on observe des troubles, des irrégularités remarquables. Esquirol a soutenu que le retour des règles coïncidait avec la guérison, mais il a été constaté souvent que les règles se rétablissent sans que la folie disparaisse.

Indépendamment de ce trouble de fonctions

il y a certaines maladies qui sont, pour ainsi dire, inhérentes à la mélancolie, entre autres la phthisie pulmonaire, la fièvre typhoïde. Griesinger s'est surtout occupé de la pneumonie et le docteur des malades qui refusent les aliments. C'est surtout à la suite de maladies accidentelles que le malade, l'aliéné est obligé de se mettre au lit. Ce qui se produit le plus souvent, ce sont les diarrhées, des lésions dans les fonctions intestinales qui peuvent arriver à un degré tel que la mort s'en suit. Les diarrhées sont surtout très fréquentes.

Il faut donc étudier l'homme dans son ensemble, étudier surtout les troubles qui peuvent se manifester dans le tube intestinal, dans les parties abdominales, troubles qui observaient soigneusement les anciens et qu'on néglige trop souvent aujourd'hui, pour ne s'attacher qu'aux phénomènes

cérébraux. Il faut donc étudier avec soins le foie les reins, les intestins, car leur état peut avoir une fâcheuse influence sur le cerveau. Toutes les maladies abdominales donnent aux malades un cachet de tristesse qui est remarqué par tous les praticiens, qui se manifeste surtout par l'état des organes génitaux

Cette question a été très étudiée en Allemagne. elle a été négligée en France, où l'attention ne s'est jamais assez portée sur les phénomènes physiques.

La plupart des Mélancoliques sont maigres parce que les fonctions de la nutrition sont lésées chez eux. La peau se dessèche, devient comme cornée, rugueuse. Il y a là des caractères suffisants pour distinguer les Mélancoliques des autres variétés de la folie. Quand on voit un mélancolique reprendre de l'embonpoint, c'est un signe certain de retour à la santé.

La Mélancolie a des prodrômes qui remontent très haut. L'incubation de cette maladie est très lente; elle dure souvent 2 ou 3 ans. On peut alors espérer une guérison impossible pour d'autres ~~maladies~~ variétés

Tandis que, chez la plupart des maniaques, il y a des rémissions et des paroxysmes, le mélancolique reste identique à lui-même. Quand on a observé un malade à un moment donné, on le retrouve dans ce même état, à un autre. La marche est uniforme, et Quelquefois il y a des modifications impor- tantes. On observe des intervalles lucides, d'un jour, d'une demi journée ; on est étonné de les voir transformés pour quelques heures malheureusement, le malade ne tarde pas à retomber dans sa maladie.

Il y a des mélancolies intermittentes : il y en a qui ont eu jusqu'à 40 fois le même accès. L'invasion est rapide et la disparition est également rapide. Le malade qui guérit d'une maladie intermittente guérit très promptement et semble transformé. Il y a instantanéité d'apparition et de disparition ; mais dans la plupart des cas ; les malades n'arrivent à la

guérison que par gradation successive et lente ils commencent à parler, à agir peu à peu; ils reviennent à leurs habitudes, à des sentiments affectueux pour leurs parents, leurs amis, on remarque de la rectitude dans leur jugement ils rentrent dans le monde. Bref, tout dans les malades, indique qu'ils marchent vers la guérison, bien qu'il se produise souvent des arrêts, des oscillations dans leur état.
Les Mélancoliques guérissent quelquefois, du jour au lendemain. Il arrive que, dans l'espace d'un seul jour, le malade qui était tombé dans la stupeur, se met à parler, à écrire, reprend sa vivacité d'esprit ce n'est pas là une guérison qui présente des chances de durée; le plus souvent la guérison n'arrive que par une progression très lente.
Après vous avoir parlé des caractères principaux généraux de la Mélancolie, j'en firerai plus avant et vous parlerai avec plus de précision des diverses variétés de cette maladie

13me Leçon.

Mardi, 18 Janvier 1870.

Je vous ai parlé de la mélancolie envisagée en général dans les caractères communs qui la distinguent soit de la manie, soit du délire partiel. C'est ainsi que cette maladie est décrite dans les traités, dans les ouvrages de Pinel et d'Esquirol. On se borne à parler de la mélancolie d'une manière générale, sans entrer dans les détails. Après cette description générale, on insiste seulement sur les idées dominantes relatives aux actes de meurtre, d'incendie ou aux idées délirantes, en un mot on ne distingue la mélancolie que par les idées dominantes.

Il a cependant été fait une exception. On a distingué et on a étudié la mélancolie par stupeur ou la stupidité.

Esquirol, Etoc Demarquay et plusieurs autres médecins se sont occupés de cette variété de la mélancolie et l'ont détachée de tout ce qu'il.

avaient décrit sous les noms de mélancolie proprement dite.

Mais cette distinction n'est pas suffisante et il est possible de diviser les mélancoliques en quelques grands groupes, en se basant sur les phénomènes morbides. Il faut mettre de côté les idées qui prédominent chez le malade : ces idées d'incendie, ces craintes du diable etc, et établir des distinctions fondamentales, en rapport avec la marche de la maladie.

En procédant de cette manière, l'on trouve 3 grands groupes.

D'abord, la mélancolie anxieuse, caractérisée par une tristesse très grande, fonds de toute la mélancolie ; souvent aussi il y a chez les malades une mobilité extrême, un besoin incessant d'activité qui se manifeste dans les paroles et dans les actes : ces 2 espèces de mélancolie que l'on peut appeler l'une agissant, l'autre inactive, ont été admises par Esquirol.

Une autre variété, c'est la mélancolie dépressive caractérisée par un état d'inertie, d'immobilité intellectuelle et morale, et enfin

3me variété, la stupeur ou la stupidité. C'est la variété la plus connue et la plus facile à distinguer
Chez les mélancoliques les sentiments sont dans une prostration complète, l'on remarque une lésion générale qui se rapproche de l'état maniaque; on voit d'autres mélancoliques actifs, audacieux, entreprenants, remuants, ayant un fonds d'activité qui les rapproche de l'état des monomanes.
Telle est notre classification
Pour bien comprendre la mélancolie anxieuse, il faut parler de l'hypochondrie. C'est une névrose dont les anciens plaçaient le siège dans le système nerveux-ganglionnaire. On regarde souvent les hypochondriaques comme des malades imaginaires. Ils ont, en réalité, des phénomènes nerveux qui méritent l'attention des médecins et c'est une erreur de croire qu'ils ne sont pas malades, car la maladie est caractérisée au physique comme au moral, et n'est nullement le produit de l'imagination du malade. Il faut revenir à l'opinion des anciens qui la faisaient résider

dans l'abdomen ; elle produit sur le cerveau une réaction qui occasionne des troubles dans l'intelligence des malades.

Il y a surtout un trouble du système nerveux. Chez les mélancoliques hypochondriaques, il y a des troubles digestifs, des tympanites, du délire des désordres dans les diverses parties du corps, surtout dans la veine-porte, une variété très grande dans l'appétit ; il y a, en un mot, des phénomènes très divers, très prédominants qui se produisent surtout dans le poumon, dans le coeur, dans l'abdomen, dans la digestion. Les garde-robe doivent être aussi examinées avec soin, et chose qui est un véritable caractère de la maladie, elles sont de la part de l'hypochondriaque l'objet d'une constante préoccupation. Mais indépendamment de ces phénomènes, il y a des altérations cérébrales, nerveuses du cerveau, et l'on a été jusqu'à rejeter complètement l'opinion des anciens. Mon père a cherché à démontrer que c'était une maladie du cerveau et non de l'abdomen

Le malade éprouve souvent du malaise dans l'abdomen, mais il a des préoccupations qui résident dans le cerveau. Il a la crainte de la mort poussée jusqu'au suicide ; il y a des troubles cérébraux manifestés indépendants de toute maladie abdominale. Il y a, en d'autres termes, des hypochondries morales et des hypochondries physiques ; des hypochondriaques s'occupant de leur état mental, les autres de leur état physique. L'hypochondrie morale se rapproche de la mélancolie anxieuse ; elle est caractérisée par la crainte de devenir fou. C'est là le 1er degré de l'hypochondrie anxieuse. On la rencontre souvent dans le monde, peu dans les asiles ; mais les praticiens constatent souvent cet état particulier des personnes qui paraissent encore capables d'exercer leur profession, leurs devoirs de famille, et qui sont tourmentées de la manière la plus pénible ; et si vous examinez ce qui se passe dans leur intérieur, vous apercevez tous les phénomènes que je vous indiquais tout à l'heure. Le malade raconte les

préoccupations qui les poursuivent partout, au milieu des joies de la société, du tumulte du monde. Il sent qu'il est changé complètement. Il ne pense plus avec la même vivacité, le travail de la pensée devient une fatig[ue], il s'abstient de lire, d'écrire; il s'éloigne de ses occupations ordinaires, ce changement, il le constate dans son intelligence, dans sa sensibilité. Il dit qu'il n'est plus capable de sentiments bienveillants, affectueux, qu'il est devenu égoïste, qu'il verrait mourir sa femm[e] ses enfants, sans éprouver la moindre dou[-]leur. Il se préoccupe avec raison de ces changements: ce sont des faits vrais qu'il constate. On croit souvent avoir affaire à des malades imaginaires tandis que ce sont des hommes atteints d'aliénation mentale. Ils ont conscience de leur état; comm[e] vous voyez, l'absence de conscience n'est pas un caractère de la folie, car souvent il y a des aliénés qui conservent la conscience de leur état.

C'est là la condition des hypochondriaques. Pour eux, le monde est entouré d'un voile sombre; ils n'éprouvent plus de sensations comme dans leur état normal. Il y a un changement dans leur état moral et intellectuel; ils marchent vers la folie et n'ont que quelques pas à faire pour l'atteindre.

Ce qui caractérise la folie, c'est la production de quelques phénomènes automatiques qui viennent s'ajouter à cet état, à ce fonds commun des hypochondriaques, soit dans l'ordre des sentiments, des instincts, des penchants, soit dans l'ordre intellectuel. Ils ont des peurs sans motif, ils craignent d'être poursuivis, ils croient qu'on veut leur faire du mal. Ils ont des craintes dont ils connaissent l'inanité mais qu'ils ne peuvent éviter; ils éprouvent ces sensations comme l'homme qui a le vertige; il a peur de se précipiter et il y a quelque chose qui l'attire, à se jeter dans le vide:

Au moral, ces malades sont dans la même

situation. ils ont peur de leurs idées; ils ont des instincts violents; cependant ils se trouvent attirés vers l'accomplissement de ces actes. C'est un état morbide pénible pour les malades comme pour les personnes qui les entourent. Ce n'est pas là une variété de l'hypochondrie, c'est un état mental placé sur la limite qui sépare l'hypochondrie de la folie. Lorsque le malade est porté à accomplir un acte dangereux, il sait qu'il ne doit pas l'accomplir; on voit des malades combattre avec la plus grande énergie, ils cherchent à faire des voyages, à s'éloigner des personnes qui sont l'objet de leurs désirs de violence, mais ils ne peuvent chasser ces idées de leur esprit.

Les malades sont souvent dominés par quelques idées bizarres qu'ils sont étonnés d'avoir pu concevoir. Il y a une catégorie de malades dont M. le Dr Morel s'est spécialement occupé, chez lesquels se manifeste la crainte de toucher certains objets; leur crainte est tellement forte que l'on voit

des malades tomber dans des attaques de nerf, quand ils se voient obligés de toucher certains objets; ils craignent que leurs vêtements n'y touchent; les objets qu'ils craignent de toucher sont le plus souvent des couteaux, des fourchettes, des rasoirs etc.

Il y a donc de grandes variétés dans les prédominances mais il y a dans le fonds de la maladie de grandes ressemblances.

Nous arrivons à la mélancolie anxieuse; ce qui domine dans cette maladie, c'est l'angoisse physique et morale qui se produit par des terreurs qui ne peuvent se formuler. Les malades sont tellement anxieux qu'ils éprouvent un besoin continuel de se plaindre. Ils ne peuvent rester assis, ils ne peuvent dormir ils se promènent le jour et la nuit, répètent les mêmes paroles avec une persistance maladive. Ils sont comme enfermés dans un cercle dont ils ne peuvent sortir. Quelquefois, c'est l'échafaud qu'ils craignent, d'autrefois ce sont des craintes relatives au diable, de damnation; ces idées peuvent exister chez d'autres mélancoliques, mais ce qui distingue surtout la mélancolie anxieuse, c'est qu'ils ne peuvent rester en place, ils parlent sans cesse, remuent continuellement

n'ont pas un moment de répit.
Un état tout à fait inverse se remarque dans la mélancolie avec dépression et dans la stupeur. La mélancolie dépressive a des caractères divers. Depuis des degrés légers jusqu'à la stupidité il y a un nombre considérable d'échelons intermédiaires. Cette variété est souvent consécutive à des maladies aiguës, elle arrive souvent à la suite d'une maladie comme la fièvre typhoïde ou d'un chagrin profond, d'une grande émotion. Elle ne se produit pas par une généralisation intellectuelle, elle n'arrive pas d'une manière progressive, successive; elle tombe d'emblée par une excitation qui est de peu de durée, puis, un apaisement se produit chez les malades. La circulation se ralentit, il y a un état de compression cérébrale très prononcée. Un médecin, M. Etoc Demazy a démontré en se basant sur des autopsies, qu'il existe dans ces circonstances, chez les malades, de l'œdème cérébral
Les malades peuvent rester dans cet état

pendant des années, mais ils peuvent aussi guérir pour très longtemps. Cependant, la durée doit être prise en très sérieuse considération. On a confondu cet état avec la démence. On a cru que l'intelligence avait complètement disparu, mais des études sérieuses ont été faites et ont montré un délire d'une espèce particulière, délire du reste très difficile à observer, parce que le malade prononce peu de paroles. Mais quand il arrive à la guérison, on obtient de lui des renseignements très suivis, très exacts.

M. Baillarger a fait des observations très nombreuses pour montrer que ces malades sont dominés par des idées étranges. Ils se croient transportés en enfer, ils obéissent à des voix terribles qui leur commandent de rester dans une immobilité complète, ils craignent de tomber et tout cela est dû surtout à une hallucination. Ils se trouvent contraints par une force supérieure, à rester dans l'immobilité, dans le mutisme, dans le silence. Il faut tenir compte de ces idées dominantes. On a vu souvent

des mélancoliques accomplir des actes violents, se livrer à des tentatives de suicide, et quand le malade guérit, il explique le motif de ses actes. On voit peu de malades atteints de stupidité, tomber dans un véritable état de démence; cependant, il y a quelques cas, surtout à la suite de l'hystérie, de l'épilepsie, de la fièvre typhoïde où l'on remarque une obscur[ité] complète de l'intelligence: Cela a été prouvé par un travail de M. Lausse.

Cette forme de mélancolie est très lente dans sa marche et régulièrement continue. Il y a bien sans doute des instants lucides: les malades se réveillent pendant quelques heures, mais pas davantage et ces ~~tra~~ réveils sont très rares.

Dans la plupart des cas, la marche de la maladie est continue; la maladie dure longtemps; plusieurs années, cependant elle est curable; quelquefois, 3 et 4 ans, on a tenté des moyens de guérison très énergiques, comme l'éthérisation, l'hydrothérapie

les moyens les plus violents de dérivation, avec succès. On parvient à réveiller la sensibilité de ces malades. Les guérisons sont assez fréquentes, cependant, il y a des cas d'immobilité; on voit des malades rester dans les asiles indéfiniment. Il y a même qui morts qui sont la conséquence de l'état cérébral, et c'est alors qu'on a admis les démences cérébrales.

J'arrive à la 3me variété, à la mélancolie active qui se rapproche du délire partiel. Les malades ont des tristes idées, mais ils n'ont pas le fonds des mélancoliques; ils ne sont pas mélancoliques dans le vrai sens du mot; ils ont l'apparence de l'homme qui est dans son état normal, ils se rapprochent plus du délire partiel que de la mélancolie. Je prendrai l'idée de persécution. Cette idée est très fréquente, à certaines époques surtout et mérite une description spéciale. Il ne faut pas confondre cette maladie avec les autres; elle a sa marche, ses caractères particuliers. La plupart des malades ont un caractère susceptible, ombrageux, défiant. La maladie n'est pas du caractère de l'individu, il y a cependant des exceptions. Quand on interroge

le passé de ces individus, on voit qu'ils manifestaient des craintes, des soupçons, cherchaient la solitude, craignaient le contact avec les autres hommes : c'est ce qui fait que la maladie est si difficile à distinguer. Quand il se présente un malade atteint de cette maladie, on dit que la maladie ne remonte qu'à 6 mois, un an ; mais en recherchant dans les précédents, on s'aperçoit du contraire. C'est dans le for intérieur que se fait la métamorphose et le public n'y voit rien. La plupart de ces malades vivent dans leur famille, dans le monde continuent de remplir leurs devoirs sociaux jusqu'à ce qu'un acte dangereux se produise. Les malades peuvent seuls renseigner le médecin sur leur état antérieur, il faut donc qu'ils fassent des confidences. Ils vous apprendront que, déjà depuis longtemps, ils ont commencé à s'isoler, à s'attrister, à voir tout en noir, à rechercher dans les circonstances les plus insignifiantes

de cette vie des signes caractéristiques de l'inimitié ou des haines dont ils se croient l'objet. Ils commencent à prendre en grippe des membres de leurs familles, voient des motifs d'hostilité dans des circonstances futiles. Les moindres signes, les moindres paroles deviennent l'occasion d'une interprétation délirante. Ils s'imaginent qu'on chuchote en leur présence, que tout conspire contre leur bonheur et ils trouvent la preuve de tout cela dans de véritables niaiseries. Les malades atteints de cette forme de délire ne cherchent pas le mobile de la conduite qu'ils reprochent à ceux qui les entourent. Ils ne peuvent pas dire pourquoi on leur fait du ~~mal~~ mais ils sont convaincus qu'on leur en fait, mais pour le démontrer, ils ne citent que des signes, des paroles mal interprétées; ce sont les seules preuves de démonstration qu'ils donnent mais ils ne cherchent nullement à ~~démontrer~~ prouver qu'on leur en veut pour telle ou telle raison; ils

Un grand nombre de médecins, entre autres, M. Lasègue, ont remarqué que ce sont des fai[ts]
très anciens qui, presque toujours, deviennent
les causes principales de l'état dans lequel il[s]
se trouvent. Il faut souvent remonter à deu[x]
ou 3 ans pour arriver à la démonstration du
mal. Le travail de cette maladie est très long
dans ses évolutions; il n'y a pas de maladie m[en]
tale qui remonte si haut. On remarque dans
la 1re période que les malades éprouvent des
craintes de persécution auxquelles ils rapportent
tous les faits dont ils sont témoins; ils croien[t]
toujours qu'on veut les poursuivre et cher-
chent, dans des faits insignifiants, la cause [de]
la raison de ces persécutions auxquelles ils s[e]
croient en butte. Cette 1re période de la ma-
ladie dure souvent très longtemps et alors
vient la 2me période caractérisée par des
troubles, par des hallucinations de l'ouïe.
Après s'être imaginé qu'on chuchote, qu'on

se fait des signes autour de lui, il substitue les idées qu'il a à celles qu'il entend. Il commence par entendre des paroles dont il saisit le véritable sens, puis il les interprète et, à force d'interpréter, il arrive à substituer sa propre pensée à celle de ses interlocuteurs. Les hallucinations de l'ouïe sont très fréquentes et ne sont qu'une transformation de la pensée du malade comme l'a dit le Dr Lélut. Mais on n'assiste pas à cette longue transformation. Ce sont des mots isolés, des phrases très courtes que le malade croit entendre. Ils n'ont qu'un vocabulaire très restreint composé de quelques mots seulement qui ne visent qu'à menacer les gens, à les pousser à des actes violents. Plus tard, le malade ne se borne plus à répéter ces quelques phrases et va jusqu'à adresser des discours à ses interlocuteurs imaginaires.

On peut distinguer les périodes du délire de persécution et voir à quelle époque la maladie en est arrivé. C'est alors que le délire de persécution entre dans l'hallucination de l'ouïe, que le malade entre à l'asile.

Sous l'influence de ces hallucinations il accomplit souvent des actes d'homicide ou de suicide

mais le persécuté ne devient dangereux que sous quelques conditions spéciales. Il faut d'abord que le malade ait naturellement un caractère violent pour que ce caractère existant avant la maladie se manifeste. C'est là la 1re condition. Il y a des hommes tellement calmes que la maladie ne peut les rendre violents. Ils racontent qu'ils ont des ennemis, répètent toujours les mêmes choses, ne précisent pas les influences générales les personnes ou les choses qui leur causent des douleurs, des souffrances. La 1re condition, c'est le caractère du malade, la 2me, c'est une longue durée dans le délire.

Il y a des malades qui restent des années dans les deux 1res périodes. Ils savent qu'on veut leur faire du mal mais ils ne peuvent rien préciser. D'autres, au contraire, cherchent à indiquer la crainte qui les préoccupe. Les uns sont dominés par des idées de police, de magnétisme de sorcellerie. D'autres accusent des personnes en particulier, telle personne comme la véritable cause de leurs maux; ils accusent leurs frères, leur père, leurs amis, ils disent

que telle personne, tel jour, a voulu les trahir, les empoisonner, qu'elle est la cause de tout ce qui arrive, le chef de tous ses ennemis. Quand le malade est arrivé à cette précision, le danger est beaucoup plus grand et c'est alors qu'on voit venir l'homicide. Le Dr Lasègue dit qu'alors, les malades, de persécutés deviennent persécuteurs à outrance. Ils précisent parfaitement les personnes auxquelles ils en veulent. Ils les poursuivent, vont jusqu'à se faire traduire devant les tribunaux.

Il faut donc faire attention à ces diversités individuelles. On voit que dans ce délire, le caractère scientifique est toujours le même, mais qu'il diffère dans ses manifestations, suivant le caractère des personnes.

C'est à cette période que le malade entre dans les asiles d'aliénés ou à la suite d'actes violents ou de simples menaces. Tous ces malades ne sont pas exactement dans la même situation mentale. Il en ~~quelq~~ est qui sont quelquefois très tourmentés par leur aliénation et dans cette agitation voisine de l'état

maniaque, leur délire est très évident, mais quand une époque de rémission survient le malade dissimule, il a assez d'empire sur lui-même pour savoir qu'on le gardera à l'asile. Il cache son délire pour obtenir la sortie, il s'adresse aux autorités, aux personnes influentes. Alors le diagnostic devient très difficile; on peut croire à une guérison, aucun malade ne dissimule comme ces malades. Si, d'un côté les rémissions sont très fréquentes, de l'autre le délire de persécution ne guérit jamais; mais il est soumis à des rémissions très prononcées qui peuvent simuler la guérison. Il faut alors suspendre tout décision et attendre de nouvelles périodes qui démontrent l'état véritable du malade, on ne tarde pas à voir les malades qui paraissent guéris éprouver un nouveau paroxysme.

Cette maladie est essentiellement rémittente, elle progresse, s'aggrave, et un délire de persécution qui a 3 ans, ne ressemble pas à celui qui a 10 ans. Il y a des phénomènes nouveaux, Il y a dans l'interprétation des faits, des pa-

roles, dans les hallucinations, des faits nouveaux qui sont venus s'ajouter à ceux qui existaient dès les premiers temps de la maladie. Il n'y a plus seulement des hallucinations de l'ouïe mais aussi du goût, de l'odorat; il n'y a que la vue qui n'en ait pas. C'est là une circonstance très importante qui sépare les persécutés alcooliques des autres. Les premiers ont des visions, les persécutés non alcooliques n'en ont pas, mais les hallucinations des autres sens deviennent très nombreuses; les malades commencent à dire qu'ils éprouvent des douleurs partout, que leurs ennemis les frappent; ils montrent même les contusions! Ils annoncent qu'on leur a soufflé du froid et du chaud, des odeurs. Ils ont senti le souffle de saveurs désagréables, métalliques, ils avancent que des substances nuisibles ont été introduites dans leurs aliments. On trouve en un mot des hallucinations de tous les sens excepté de la vue. Ils ont aussi des sensations abdominales; ils disent qu'on leur tortille les intestins, qu'on leur arrache les testicules. Ils se produit des désordres

nerveux dans toutes les parties de l'économie. Ce sont là les phénomènes de la 3me période. Ce sont d'abord des hallucinations de l'ouï qui s'étendent aux autres sens. Ils ont des dialogues, des conversations très prolongées, font les demandes et les réponses, font des discours interminables, qui se produisent le jour et la nuit. Ils ne se bornent pas à des hallucinations intérieures; ils parlent à haute voix, interpellent tout le monde, se croient entourés d'ennemis qui emploient des porte-voix ou des machines électriques pour soutirer leurs pensées. Ils arrivent alors à l'état d'échos. Il leur semble alors que leurs pensées se répercutent au dehors et leur reviennent du monde extérieur. Il y a un travail de production d'idées et un travail de répercussion du monde extérieur sur le malade. C'est comme un double courant qui peut être désigné sous le nom d'écho. Or, il suffit de

constater ces phénomènes pour pouvoir marquer la date, l'âge de cette maladie. De même qu'en regardant les dents d'un cheval, on voit son âge, de même en voyant l'état d'un malade atteint du délire de persécution, on peut dire à quelle période est arrivé la maladie. Les différences sont très importantes, surtout au point de vue de la médecine légale. Quand on peut dire au magistrat que l'individu qu'il a devant lui est un ~~individu~~ aliéné qui a tel ou tel âge de maladie, l'on arrive à donner des renseignements complets devant lesquels les magistrats sont obligés de s'incliner.

Il serait faux de dire que ces malades arrivent à la démence, suivant le sens de Pinel et d'Esquirol. Ils conservent après 20, 30 ans, une apparence de raison. Ils peuvent vivre dans les ateliers, se livrer à des récitations, à des chants, à tous les exercices qui existent dans les asiles d'aliénés. On voit aussi souvent ces malades parler à des

personnages imaginaires ; cependant, ils ne sont pas dans un état de démence. Le délire de persécution conserve le caractère du délire partiel. Ils sont encore capables de remplir un certain nombre ~~de~~ de devoirs sociaux. Quand les persécutés se trouvent le centre des persécutions, de leurs intrigues, ils se croient de grands personnages. A force de se croire le point de mire de l'univers, ils finissent par s'imaginer qu'ils sont de grands personnages ; ces hommes se croient des souverains ; l'un croit qu'il est Louis XVII, un autre Napoléon, un 3me, un autre personnage qui, pour le moment, occupe la scène du monde. C'est là que se trouve le délire des grandeurs, très différent de celui de la paralysie générale. Dans le délire des grandeurs il y a en effet des variétés multiples. J'ai été obligé de vous décrire les 3 variétés de mélancolique. Vous avez vu combien cette description est importante. De cette manière l'étude de la maladie progressera. Il m'a paru plus na

turel d'étudier le fonds de la maladie, que de ne prendre que quelques phénomènes superficiels qui n'indiquent qu'une prédominance momentanée.

Le 1er caractère est un accès plus ou moins long avec des intervalles de retour à la raison

Une autre forme a une marche plus lente mais la guérison peut arriver

La 3me forme est incurable mais elle peut présenter de longues rémissions

En résumé, d'une part, une forme intermittente et curable, d'autre part une forme incurable.

14me Leçon

Samedi, 22 Janvier 1870.

Messieurs,

Dans le plan que j'ai adopté pour le cours de cette année, je suis arrivé aujourd'hui à l'étude de l'aliénation partielle dans lequel domine un état général de gaîté, d'expansion, d'activité intellectuelle. Le mot de gaîté a, en effet, été employé dès l'origine pour caractériser cette forme de l'aliénation, mais il n'est pas suffisant pour embrasser toutes les variétés qu'on peut y rattacher. La plupart de ces malades ne sont pas essentiellement gais, la gaîté est plutôt le caractère des délires qui accompagnent la paralysie générale dont je parlerai à ma prochaine séance.

Dans beaucoup d'états appelés monomaniaques ce n'est pas la gaîté qui domine, c'est l'activ

ce besoin de se répandre au dehors, soit par la parole soit par les actions. Ces monomaniaques ont une grande activité d'esprit et de corps. Quand vous leur adressez la parole, c'est à peine s'ils vous laissent le temps de leur poser une question, leur volubilité de langage n'a d'égale que l'activité de leurs mouvements = ils sont sans cesse en mouvement et éprouvent le besoin de manifester leur activité par tous les moyens possibles. Laissés dans la société ils ne cessent d'agir sous toutes les formes, ils changent de logement, renvoient leurs domestiques, s'adressent aux autorités pour faire toutes sortes de réclamations. D'autres publient des livres, des brochures dans l'intention de propager leurs idées; en un mot ils ont un besoin incessant d'activité, c'est par là qu'ils se rapprochent les uns des autres quelle que soit d'ailleurs la diversité de leurs idées délirantes

Comme je l'ai dit, ce qui caractérise l'aliénation c'est la limitation du délire qui est restreint à un certain nombre d'idées ou à une certaine série mais il n'est pas restreint autant qu'on l'a cru. La Monomanie dans le sens rigoureux du mot, n'existe pas; il n'est pas vrai

qu'il y ait des aliénés délirant exclusivement sur un seul sujet, sur une seule idée, mais que le délire se limite à un cercle d'idées assez restreint. Plus on observera les aliénés, plus on verra que cette doctrine proclamée d'abord par mon père et suivie depuis par plusieurs de ses élèves est exacte. Il y a des délires partiels restreints, il n'y a pas de délire unique portant sur une seule idée ou sur une seule série d'idées.

Quoiqu'il en soit, quand on rencontre un aliéné dit monomane, l'on peut, en n'abordant pas le terrain de sa maladie, obtenir de lui des réponses suivies sur un grand nombre de sujets, et cela comme les autres hommes. Il faut l'attirer sur le terrain spécial de son délire, terrain réservé, que souvent il n'aborde même pas spontanément, afin de pouvoir faire naître ses idées délirantes et les constater d'une façon évidente. C'est dans ce sens seulement qu'on doit admettre des monomanies, c'est à dire des délires restreints à un cercle d'idées déterminées ou à plusieurs séries d'idées qui sont loin d'envahir l'intelligence toute entière. Les monomanes ont donc

des séries prédominantes mais il faut étudier chez eux le fonds de détail maladif et le relief ou les idées dominantes. Ces malades ont un besoin d'activité continuelle, ils pensent beaucoup et expriment leurs pensées avec une grande volubilité. Cela surtout est manifeste dans la période aiguë, mais il y a une diminution qu'on avance sur la chronicité. C'est l'inverse du fonds d'inaction et de prostration qui caractérise les mélancoliques - c'est à ce point de vue qu'on peut admettre les deux variétés de folie partielle, comme étant essentiellement distinctes l'une de l'autre.

Si donc on étudie le fonds de la monomanie partielle on voit qu'il varie beaucoup suivant la période pendant laquelle se fait l'observation.

Dans la 1re période, l'aliéné qui va devenir monomane commence par être dans un état de trouble étendu de l'intelligence, il est dans le vague, il flotte entre des séries d'idées très diverses avant de s'arrêter à un système délirant particularisé. Quand il est dans la période d'élaboration du délire, il cultive et abandonne successivement les idées les plus diverses. Il commence par des idées de crainte

puis il arrive à des idées religieuses, politiques, d'amour, de persécution, avant d'arrêter son délire sur des points parfaitement restreints, mais il faut plusieurs années d'élaboration avant que le malade qui tend à la monomanie arrive au délire systématisé, à déterminer ses idées délirantes de manière à les raconter toujours de la même façon, avec les mêmes motifs et les mêmes preuves à l'appui. La systématisation du délire est déjà une période plus avancée du délire partiel; je vous dirai quelle est la 3me période qui y succède.
On peut donc ne pas tenir compte des idées prédominantes. Cependant comme c'est la partie la plus accessible du délire des monomaniaques ce sont surtout elles qui doivent attirer l'attention. Ces idées sont en rapport avec les préoccupations habituelles de l'humanité, la religion, l'amour, l'ambition. C'est d'après ces principales prédominances que Pinel, Esquirol et leurs élèves ont divisé les monomanies. On a admis les manies orgueilleuse, religieuse, érotique. Cette division n'est

n'est pas une classification clinique, en ce sens qu'il n'y a pas de marche particulière attachée à ces diverses formes de délire, mais au point de vue de l'étude, dans l'état de nos connaissances, il faut nous contenter de ces divisions

Je vais donc en quelques mots vous parler du délire religieux érotique et ambitieux. Je ne parlerai pas du délire de persécution qui est bien plus fréquent parce que dans la dernière séance j'y ai insisté à propos de la mélancolie.

Le délire religieux a été l'objet de très nombreux travaux en France et à l'étranger; on l'a étudié à l'époque actuelle, comme on l'avait étudié à toutes les époques de l'histoire. Si l'on voulait être complet il faudrait l'étudier, non seulement au moyen âge, mais à toutes les époques de l'histoire et chez toutes les nations du globe.

Mais nous ne pouvons aujourd'hui que vous donner quelques indications très générales. Le délire s'est produit souvent au moyen âge sous la forme épidémique. Comme je vous l'ai déjà dit, on l'a souvent vu lié aux idées de persécution, à ce qu'on a nommé au moyen âge

la démonomanie qui n'est souvent qu'une variété du délire de la persécution. Les mêmes malades qui au moyen-âge, étaient dominés par des idées du diable, de possession, de sorcellerie, sont aujourd'hui dominés par des craintes relatives à la police, au magnétisme, à la physique. Il y a 2 catégories dans ce délire: le délire triste et gai; le délire avec possession du diable ou démonomanie et le délire avec satisfaction de soi-même, d'orgueil, avec la conviction que l'on a une mission à remplir, qu'on est chargé par la Divinité de propager une nouvelle religion avec une nouvelle doctrine.

Si vous examinez dans les asiles les divers malades atteints de délire religieux, vous verrez qu'ils rentrent dans l'une ou dans l'autre de ces catégories. Les uns sont des démonomaniaques, se croyant possédés par le diable, s'imaginant que leur personnalité est complètement transformée, qu'ils ont cessé d'être eux-mêmes = ce sont ces états du moyen âge décrits par M. Calmeil et dont on

trouve quelques Ex. de nos jours. Les autres, au contraire, sont atteints de ce qu'Esquirol nomme Théomanie ou délire religieux proprement dit, consistant à se croire chargé d'une mission divine. Ces deux formes mériteraient une description particulière et même une double description car il faudrait décrire le délire individuel et le délire épidémique car, aucune forme n'est plus susceptible de contagion, n'est plus de nature à se répandre ~~sur~~ un nombre de personnes que le délire religieux. Il en a existé des Ex dans tous les temps. il y en a eu, au moyen âge de très célèbres qui ont fait l'objet d'un grand nombre de monographies, nous ne pouvons en parler ici mais tous ont des caractères communs = le principal c'est que le délire religieux est toujours lié à des phénomènes nerveux très nombreux; la plupart des malades, souvent des femmes, quelquefois aussi des hommes étaient agités, au moment de l'accès, de crises convulsives de phénomènes choréiques qu'on a comparés à la danse de St Gui. Ce délire a envahi

quelquefois des villages entiers, même des provinces entières. Presque toujours des phénomènes convulsifs accompagnaient les idées délirantes. Au milieu des cérémonies religieuses, l'exaltation des esprits s'est trouvée accompagnée de phénomènes choréiques ou convulsifs.

De nos jours, en 1849, une épidémie de ce genre a été observée en Suède, et une autre à Morzine dans le Piémont.

MM. Constans, Kuhn et plusieurs autres ont été chargés d'aller sur place étudier ce délire qui a également présenté les mêmes phénomènes que ceux observés au Moyen-âge. On a raconté cette épidémie avec détail parce qu'elle s'était produite dans une circonstance exceptionnelle. L'extase, c'est à dire la contemplation immobile, intérieure, la vie de rêve en quelque sorte dans l'état de veille est le fait capital de la plupart des délires religieux.

Que voyons-nous de nos jours chez certains malades atteints de délire religieux? Nous voyons ces individus commencer par ruminer

certaines séries d'idées religieuses exaltées. Sous l'influence du contact avec certaines personnes dominées par des idées religieuses exagérées. Dans ce cas, il se produit une domination de l'un sur l'autre alors l'intelligence travaille d'une façon exagérée, elle se fatigue à poursuivre certaines conceptions métaphysiques abstraites qui exigent une tension cérébrale extrême : souvent l'abstinence vient se joindre à cet état, alors les deux actions physique et morale agissent en même temps et le malade peu à peu, après avoir longtemps ruminé ses idées, arrive progressivement à l'hallucination et, presque toujours, l'hallucination se produit dans le sens de la vue. Contrairement à ce qui a lieu chez les délirants par persécution (lesquels ont des hallucinations de l'ouïe) le délire religieux appelle au contraire les hallucinations de la vue. C'est le genre de délire qui présente le plus de visions. Quand le malade arrive à un degré de tension extrême dans ses idées c'est dans le paroxysme, dans des conditions physiques et morales spéciales, que souvent, dans une chapelle, après une longue con-

templation, après de longues prières, la tension d'esprit arrive à reproduire les propres idées du malade, sous forme de sensations, et c'est alors, dans ces conditions spéciales, dans le demi jour d'une chapelle isolée, après de grandes cérémonies religieuses que, tout-à-coup, apparaît la vision. Les visions se détachent d'un tableau, elles semblent planer au milieu des nuages, elles sont ordinairement très vagues, elles ont la forme de fantômes drapés de blanc. C'est presque toujours l'aspect sous lequel elles se présentent, mais on aperçoit à peine les traits, ils ne restent pas dans le souvenir. Un fait remarquable, c'est que toutes ces visions sont muettes, ces hallucinations ne parlent pas; lorsque le personnage donne des ordres, c'est sous forme visuelle, par un signe, un écrit placé au bas d'une statue, ~~comme~~ ou par un signe comme un cœur enflammé, une épée flamboyante, en un mot c'est un signe visuel qui devient pour le malade un ordre auquel il obéit. C'est un caractère particulier des hallucinations de la vue, surtout

dans le délire religieux de ne pas s'accompagner d'une voix, d'un commandement verbal comme les autres hallucinations

Ainsi donc le délire religieux doit être étudié sous la forme épidémique et sous la forme individuelle Il est plus rare à notre époque, on en peut cependant voir des Ex dans les asiles même des grandes villes et à plus forte raison dans ceux des pays éloignés des grands centres de population.

Le délire érotique est plus rare que le délire religieux, l'érotisme est plutôt un incident dans la folie qu'un caractère pathognomonique. Il se produit souvent sous la forme brutale chez beaucoup de maniaques; souvent des malades hystériques deviennent nymphomanes; l'érotisme est alors un accessoire de la manie. On voit beaucoup maniaques, dans le paroxysme, manifester ce qu'Esquirol nomme la nymphomanie ou le penchant érotique développé, et ils le manifestent brutalement sans pudeur. Mais l'érotisme est plutôt l'amour idéal que physique, du moins c'est un état dans lequel l'amour domine, l'amour idéal. Quand

on observe un aliéné arrivé à cet état, on remarque que presque toujours il s'agit d'un aliéné chronique depuis longtemps dans l'asile, qui souvent a passé par d'autres idées délirantes et même par l'état mélancolique. Il arrive à s'éprendre d'un prince ou d'une princesse, suivant le sexe, à se croire l'objet de l'affection de quelqu'un, à avoir une amante idéale qui occupe toutes ses pensées exclusivement. Lorsque le délire se concentre ainsi sur des idées érotiques ou amoureuses c'est ordinairement dans la période ultime de la folie. On voit alors des et érotomanes poursuivre par tous les moyens l'objet de leurs pensées par lettres, par visites, l'importuner jour et nuit. On est alors obligé de les enfermer jour et soir dans un asile. Souvent ils ne se contentent pas de lettres, ils escaladent les murs, les fenêtres, pénètrent dans l'appartement; le délire les pousse ainsi à l'action. Une fois enfermés, les malades sont dominés par la même pensée; ils se croient présentés

à l'objet de leur amour. L'idée érotique les domine à un tel point, qu'il faut d'après la classification régnante les considérer comme érotomanes. Mais ils sont bien moins nombreux qu'on ne pourrait le croire tout d'abord. Le sentiment de l'amour qui joue un si grand rôle dans la vie de l'humanité, en joue un bien moindre dans la folie; c'est une preuve de plus qu'il ne faut pas calquer l'histoire des maladies mentales sur l'histoire. de l'état sain de l'esprit humain.

Ainsi les passions qui dominent le plus dans l'état normal sont celles qui ont le moins d'influence, non pas sur la production de la folie comme causes mais sur le caractère de la folie une fois déclarée. L'amour, l'ambition, la religion, peuvent produire comme causes, certaines maladies mentales, pendant que l'homme est à l'état normal. Mais quand il est à l'état de maladie, la folie revêt les caractères de crainte, de persécution, plutot que ceux d'amour et de religion. Il ne faut donc pas calquer l'histoire des maladies mentales sur l'histoire des passions normales, et

on a admis la monomanie d'ambition, d'amour et de religion, on a fait plutôt l'histoire théorique que l'histoire pratique et clinique de la folie.

La monomanie orgueilleuse mériterait une description toute particulière, si l'on voulait embrasser sous ce nom à la fois le délire de grandeurs des paralytiques et le délire de grandeur des aliénés chroniques; mais le délire de grandeur des paralytiques mérite une description spéciale que nous ferons à l'occasion de la paralysie générale. Je dirai seulement quelques mots du délire orgueilleux dans la folie chronique.

J'ai déjà dit que le délire de persécution se terminait souvent par le délire d'orgueil; j'ai dit que, dans ce cas, le malade se croît un grand personnage qui occupe la scène du mon[de]. C'est dans ces circonstances qu'on peut confondre le délire de grandeur avec celui de la paralysie. Mais il en diffère totalement par l'état général de l'esprit. Les paralytiques ont un délire mal coordonné, contradictoi[re] consistant dont les diverses parties ne tiennen[t]

pas entre elles, tandis que chez les malades atteints de délire chronique, les idées sont coordonnées autour d'un centre commun; ils cherchent à expliquer par quels procédés ils sont arrivés à croire qu'ils étaient Napoléon ou Louis XVII et ils justifient jusqu'à un certain point leur délire à leurs yeux et à ceux des assistants; ils cherchent à rendre plausibles dans leurs idées délirantes; aussi les paralytiques dont l'intelligence est affaiblie, se bornent-ils à affirmer une énormité, un fait invraisemblable, sans chercher à le rattacher aux faits voisins et sans chercher à combattre les objections qu'on leur oppose. Il y a donc une différence fondamentale entre le délire orgueilleux, non paralytique et le délire paralytique. Dans ce dernier cas, il y a en même démence, faiblesse et absence de coordination. D'un côté, le délire est systématisé, de l'autre il est contradictoire et non coordonné.

Quand on veut faire l'histoire de la Monomanie ou délire partiel expansif, il faut envahir à chaque instant sur les formes

voisines des maladies mentales, il n'y a pas de variété plus difficile à déterminer que la mono manie ou délire partiel expansif. Si vous dé, falquez la paralysie générale et le délire de persécution, vous arrivez à un petit nombre de faits qui peuvent rentrer dans la catégorie de la monomanie ou prétendue monomanie. Il en est de même des variétés admises pour faciliter la médecine légale. Les mono, manies du vol, du meurtre, de l'incendie ne sont pas de véritables monomanies. Il est très important en effet de rattacher les faits de meurtre, de vol et d'incendie à un état mental quelconque ; mais cet état es, sentiellement variable. Ainsi, la monomanie du vol se rattache tantôt à l'hystérie, tan tôt à la paralysie générale, tantôt à d'au, tres variétés de folie raisonnante très diffé, rentes, qu'on ne peut grouper sous le même nom. Les hystériques volent, mais à leur manière, c'est pour nuire, pour être désa, gréable, pour faire les niches, pour in,

duire en erreur, pour faire chercher les objets, pour faire le mal. Les paralytiques, au contraire, volent par incurie, par insouciance, sans s'en apercevoir; ils s'approprient les objets croyant qu'ils leur appartiennent, ils n'y attachent pas d'importance; le vol, chez eux, est dans le fait, mais non dans l'intention. D'autres volent pour collectionner; ils sont bien souvent traduits devant les tribunaux pour avoir volé des objets sans valeur ou des choses précieuses, des médailles, des livres pour les collectionner. Ils volent sans précaution, sans aucune des circonstances qui accompagnent le vol intentionnel, criminel. Le vol se produit donc dans des conditions diverses, dans la folie.

Il en est de même, pour la manie homicide. Esquirol a été obligé d'admettre 2 catégories, l'une motivée, l'autre instinctive. L'homicide résultant d'un penchant au meurtre, du besoin de verser le sang, d'un instinct violent, sanguinaire, féroce est un fait extrêmement rare et qui se rattache à certaines catégories de maladies mentales, le plus souvent héréditaires. Il a admis une

une autre catégorie d'homicide volontaire motivé par des idées délirantes, comme dans le délire de persécution. Quand on croit avoir des ennemis, qu'on est tourmenté par telle personne, on la poursuit et on cherche à la tuer. C'est en vertu d'un raisonnement logique ou motivé qu'on arrive à limiter ces différentes monomanies instinctives où l'on tue sans savoir pourquoi, comme les épileptiques qui sont ceux qui commettent le plus souvent des homicides. Ils le font sans conscience, sans en garder souvenir, avec un besoin de tuer, de frapper à coups redoublés; l'épileptique s'acharne sur sa victime. Le meurtre accompli dans ces conditions ne ressemble en rien à celui commis dans d'autres états de trouble mental.

Il faut donc étudier les actes des aliénés mettre chacun d'eux en rapport avec les diverses formes mentales et ne pas admettre des monomanies caractérisées seulement par un acte qui peut se produire dans les conditions les plus diverses. Procéder ainsi, c'est l'enfance de

l'art. C'était là les premiers pas dans une voie mal explorée. Aujourd'hui, il faut étudier le vol, le meurtre, l'incendie dans les maladies mentales en général et non pas dans une monomanie spéciale ayant pour caractère le meurtre, le vol ou l'incendie. Les incendiaires, par Ex, sont presque tous des jeunes gens, des enfants (filles ou garçons) à l'âge de puberté, prédisposés héréditairement, affaiblis, qui ont des dégénérescences physiques, en même temps que morales qui rentrent dans la catégorie d'individus mal nés, mal équilibrés, ayant des facultés très développées et d'autres à l'état rudimentaire; c'est dans ces conditions de demi-idiotisme qu'on trouve les incendiaires. Ces aliénés mériteraient une description spéciale à cause de l'ensemble des faits qui caractérisent leur état. Presque toujours ils sont un instrument, entre les mains de gens plus habiles qui se servent d'eux pour arriver à leur but. Les tribunaux les condamnent à cause des mauvaises passions qu'ils attribuent à l'instrument au lieu de les attribuer à la tête qui a dirigé.

Si l'on interroge les incendiaires dans les prison.

ou dans les asiles, on s'aperçoit qu'ils n'étaient pas mus par la passion qu'on leur attribue, mais qu'ils étaient faibles d'esprit et d'intelligence et qu'ils ont agi sous une influence étrangère.
Voilà ce que l'on rencontre presque toujours pour ce que l'on a nommé les cas de monomanie incendiaire. Il faut, comme pour le vol et le meurtre, rattacher l'incendie aux diverses variétés de maladies mentales et non à une maladie spéciale.
J'ai hâte d'arriver aux formes chroniques qu'on a toutes réunies sous le nom de démence. Ce mot est très vague, il faudrait le rayer du vocabulaire scientifique.
Pinel et Esquirol ont nommé ainsi l'oblitération complète des pensées et de toutes les facultés affectives et intellectuelles - Si l'on prenait les choses dans le sens rigoureux du mot, il y aurait rarement de véritables déments. Il faut distinguer 3 catégories dans la démence = D'une part, la démence paralytique, période extrême de la paralysie générale; d'autre part la démence des affections cérébrales ou démence

organique de l'apoplexie, des ramollissements et des tumeurs cérébrales, enfin la démence simple, période chronique de l'aliénation mentale ou terminaison des diverses formes de la folie dont j'ai déjà parlé. Lorsqu'un maniaque, un mélancolique ou un monomaniaque passent à l'incurabilité, ils arrivent à la démence, c'est à dire à un état d'affaiblissement intellectuel qui est sans doute de la faiblesse intellectuelle si on les compare à ce qu'ils ont été mais qui n'est pas de la vraie faiblesse intellectuelle si on les compare à d'autres états qui anéantissent toutes les fonctions intellectuelles. C'est un état intermédiaire entre la démence vraie et la folie aigue. Quels sont les caractères qui permettent de reconnaître, à première vue, la folie passée à l'état chronique? Le 1er, c'est la disparition du fonds maladif primitif. Les malades à l'état aigu sont gais ou tristes, actifs ou inactifs; les déments, au contraire, ~~ne~~ n'ont ni activité ni tristesse, ils sont dans un état d'anéantissement des facultés, des affections, de la volonté, de l'intelligence. Ils vivent d'un

vie est végétative, au jour le jour, sans soucis. Cette indifférence est une preuve de leur faiblesse au point de vue du caractère et des sentiments. Même au point de vue de la volonté, ces aliénés peuvent être conduits comme on veut; ils sont faciles à dominer, à capter. Aussi, au point de vue médico-légal, il faut tenir compte de cette influence. Il y a chez eux un fonds général de faiblesse qui s'étend à tout, à la volonté, à la sensibilité et à l'intelligence.

Mais ce qui caractérise surtout la démence ou la forme chronique de la folie, c'est la systématisation du délire qui est arrivé à ce point qu'on peut le nommer <u>délire stéréotypé</u>; les idées délirantes deviennent immobiles, fixes; le malade n'y ajoute pas un seul détail, il raconte les mêmes choses, dans les mêmes termes, sans aucune variante, avec les mêmes gestes, de la même façon, quelles que soient les personnes qui l'interrogent. Quand le malade est arrivé là, il y reste indéfiniment. Si on le revoit au bout de 10 ans, ou de 20 ans, on le retrouve

au même degré. Plus le malade avance, plus il est faible, mais le fonds de son délire reste le même. Je le répète, c'est un délire stéréotypé qui est le caractère principal de la folie chronique. Mais ce délire a de plus 2 caractères saillants faciles à saisir qui permettent de le diagnostiquer à 1re vue. Ces caractères résident dans le langage et dans les actes; ces malades ont un vocabulaire spécial. Ils jettent ces expressions sans explication à la tête du premier venu; elles sont étranges, ont des formes bizarres auxquelles personne n'est habitué mais qui lui paraissent, à lui, la chose la plus simple du monde. Il dit à ceux à qui il parle = Vous savez ces choses là mieux que moi quoi que vous fassiez semblant de les ignorer. Ainsi, le caractère de la chronicité est un langage qui lui est propre, qui semble incohérent, mais le plus souvent il est lié à certaines idées délirantes des périodes antérieures. C'est par suite de certaines conceptions successivement élaborées que le malade arrive à ce vocabulaire

Ce langage lui paraît tellement naturel et simple qu'il ne peut comprendre que d'autres puissent l'ignorer. Il en est de même des actes spéciaux : les malades ont tous des tics, des gestes, des manières d'agir qui leur sont particulières. Quand vous voyez un malade se promener de long en large, tourner en cercle, adopter une certaine place, une certaine attitude, se livrer au même acte réitéré, retirer sa chaussure, ramasser dans ses poches des objets inutiles qu'il collectionne, dessiner sur les murailles, accomplir des actes automatiques toujours les mêmes, machinalement, et qu'il reproduit indéfiniment vous pouvez dire que vous avez affaire à un aliéné chronique. Les aliénés qui se trouvent dans la 1re période n'exécutent pas d'actes automatiques, leurs actes sont en rapport avec leurs idées délirantes. Ainsi, par l'observation directe des aliénés chroniques, même avant la démence véritable, l'on peut diagnostiquer la période de la maladie. Un aliéné malade depuis 10 ans ne ressemble

pas à un aliéné à la période aigu. Celui-ci prend des précautions pour vous parler. Quand il vous aborde il conserve l'attitude de l'homme à l'état normal. il compose son maintien, il répond diféremment suivant les personnes ausquelles il parle; il joue toujours un certain role, il n'est pas lui-même. L'aliéné chronique au contraire est comme un automate il obeït à l'instinct et la volonté n'intervient pour ainsi dire en rien dans ses actes. Il est stéréotypé dans ses idées comme dans ses actes. L'aliéné aigu dissimule, cherche à cacher son délire, il en a honte, il sent trop bien qu'il est différent des autres hommes.

Il y a donc des différences fondamentales entre l'aliéné chronique et l'aliéné aigu. C'est un tort que l'on a de mélanger ces deux périodes dans la science actuelle. L'état chronique, même sous forme partielle, a des caractères particuliers qui permettent de distinguer l'âge de la maladie. Pour le pronostic, ces phénomènes ont une grande importance. Ainsi, la démence doit être décrite de deux manières différentes selon qu'elle appartient à la folie chronique ou à la démence.

des affections cérébrales. Dans l'apoplexie, dans les ramollissements, dans les tumeurs cérébrales, on voit un homme complètement affaibli intellectuellement, qui n'est plus lui-même, sans mém c'est à peine s'il conserve quelques mots à sa disposition, il comprend à peine les questions qu'on lui pose, il vit d'une existence absolument végétative, il n'a plus aucun des attributs de l'humanité. Ce degré de démence est très différent de celui de l'aliénation chronique. Pour prendre un Ex. je citerai la démence apoplectique qu'on observe le plus souvent. Il y a chez les apoplectiques des degrés très divers = l'hémorrhagie cérébrale n'entraîne pas nécessairement la perte de l'intelligence; tous sont frappés d'hémiplégie. Leur intelligence baisse un peu, mais av une hémiplégie très caractérisée quelques uns peuvent conserver la plupart de leurs facultés, surtout quand la parole n'est pas embarrassée Quand l'apoplexie a frappé sur certains points du cerveau peu connus, l'intelligence peut être

peut être conservée presque entièrement ; les malades n'ont pas toutes leurs forces intellectuelles ni toute leur volonté ; ils sont plus faciles à dominer, mais le degré est très faible et l'on peut voir les hommes apoplectiques reprendre leurs occupations et les devoirs de leur profession. Voilà le 1er degré, mais il est rare.

Dans la plupart des cas, la faiblesse intellectuelle est plus grande : on arrive ainsi à l'apoplexie où les idées sont conservées mais où les mots n'arrivent plus au service de la pensée. La mémoire des mots, surtout des substantifs, des noms propres, est frappée. Les malades ont conservé seulement le souvenir de quelques mots qu'ils emploient pour tous les objets ; ils ont conscience de leur erreur mais ne peuvent la rectifier. On rencontre souvent cet état dans l'hémiplégie droite ; les malades se servent du mot chose, de mots vulgaires, ils s'irritent facilement quand ils ne trouvent pas le mot propre ; c'est là le 2me degré de l'état mental des apoplectiques.

Mais le degré le plus avancé, c'est la démence vraie. Les malades ont alors perdu tout souve-

nir des faits récents, ils ne se souviennent que des anciens remontant jusqu'à leur jeunesse; ils ont le caractère de la démence véritable des affections cérébrales; ils sont sans volonté, sans caractère, ils pleurent et s'émeuvent pour un rien : vous le voyez, c'est le caractère principal de l'état apoplectique; il se rencontre très fréquemment.

Mais il y a un 4me degré plus avancé encore de la démence apoplectique qui est réellement de la folie. Les malades sont alors conduits dans les asiles ou, s'ils sont gardés dans leur famille, il faut les diriger comme des enfants. Non seulement alors ils sont dans un état de démence vraie, avec paralysie très prononcée soit d'un côté du corps, soit de la langue, mais ils ont des conceptions délirantes indépendamment de leur faiblesse intellectuelle : ils se croient ruinés, ils accusent leurs parents, leurs amis, ils ont des terreurs involontaires qui les poussent souvent à l'action, les empêchent de dormir la nuit et qui sont souvent accom-

pagnées de visions. Dans le délire de persécution, la vision est un fait très rare, au contraire, elle est très fréquente dans la ~~délire~~ terreur due à l'état apoplectique. C'est une forme différente de la persécution de l'aliénation mentale ordinaire. Mais les apoplectiques ayant des idées de terreur ont tous des hallucinations présentant le même caractère particulier. Elles se présentent sous forme mobile, elles défilent comme un panorama, le long de la muraille, devant un rideau, à une certaine distance du malade qui assiste ainsi à une fantasmagorie. Certains apoplectiques sont quelquefois victimes de ces illusions et, dans d'autres moments, ils peuvent les redresser. Alternativement ils croient ou ne croient pas à la vérité de leurs illusions. Voilà un point important à constater surtout pour la médecine légale, notamment relativement à la validité des testaments. Souvent après la mort des malades on attaque leur testament en racontant des faits de ce genre. Il est bon de savoir que c'est un fait d'observation exacte qui n'est pas inventé

par les témoins, par les avocats ; c'est un fait très fréquent.

Il m'a fallu passer rapidement sur ces faits qui eussent mérité un examen particulier, mais le temps me presse, j'ai dû marcher vite sur les formes aiguës et chroniques.

Il me resterait à parler de la démence paralytique ; c'est une période de la paralysie générale ; j'aurai soin d'y insister à propos de la paralysie générale ; son étude fera l'objet de deux leçons, mardi et samedi, par lesquelles je terminerai le cours de cette année.

15me Leçon

Mardi, 25 Janvier 1870.

Messieurs,

Pour compléter le cours de cette année, il me reste à vous parler de la paralysie générale, forme de maladie qu'on étudie depuis l'année 1822 et qui est devenue l'objet de grands travaux ayant contribué chacun pour leur part à donner des détails nombreux très difficiles à condenser en deux leçons, d'autant plus difficile qu'on a soi-même étudié davantage la maladie. Plus en effet on connaît de détails et plus il est difficile de concentrer son attention sur les points culminants. Cette maladie n'a été considérée par Esquirol que comme une simple complication de la folie. Il admettait que l'état de tous les aliénés arrivés à la chronicité de la démence pouvait se compliquer de la paralysie. Georget s'est demandé pourquoi le

cerveau, quand il est atteint dans les manifestations intellectuelles et sensitives ne le serait pas dans les autres fonctions. C'est sur ces idées plus automatiques que cliniques qu'a été étudié la paralysie générale comme complication de la folie. Bayle qui a fait une monographie sur la maladie a admis que c'était une maladie spéciale, une méningite chronique. Je dois vous faire d'abord l'historique de la maladie

Il faut remonter à Haslam, auteur anglais qui, en 1798, a mentionné certains traits caractéristiques qui il a appliqué à cette maladie. Il a pensé qu'indépendamment de cette la démence, il peut y avoir des phénomènes qui atteignent la totalité du corps. Des recherches plus approfondies de nos jours montrent que des auteurs anciens du moyen âge ont connu cette maladie. Cependant, de nos jours, c'est à Charenton qu'elle a surtout été étudiée; c'est là que Royer Collard l'a étudiée le premier. Les élèves Bayle et Calmeil ont publié deux volumes qui sont les monographies les plus importantes que l'on possède sur cette affection.

En 1822, Bayle a rapporté quelques observations

-très importantes sur cette maladie mentale. Puis est venue la thèse de Delaye et de M. Calmeil (1826) Depuis cette époque tous les aliénistes ont étudié la Paralysie générale soit dans ses symptômes, soit dans sa marche. Les uns, comme Esquirol et Calmeil, regardent la Paralysie comme une complication de la folie; les autres lui ont fait au point de vue anatomique une existence particulière. Ils ont dit que c'était une encéphalite chronique qui pouvait se produire dans un grand nombre de variétés de la folie. Esquirol a soutenu que la paralysie était une complication ou une terminaison de diverses formes de la maladie mentale, qu'elle pouvait survenir chez les aliénés après 30 ou 40 ans de folie, c'est à dire que les phénomènes de la paralysie générale pouvaient s'ajouter à ceux de la démence, de la manie et de la monomanie. Bayle, en 1825, a dit, au contraire, que c'était une maladie spéciale caractérisée par des phénomènes intellectuels et physiques, sous le nom de Méningite chronique.

Parchappe qui a publié des autopsies très intéressantes sur cet objet, a admis les deux opinions Il a admis certains cas fort rares de compli-

cation de la folie chronique ; mais selon lui, la paralysie existe presque dès le début de la maladie.
L'opinion inverse a été soutenue dès 1844, 1845, par d'autres auteurs, entre autres Mrs Béquin, Baillarger, Lunier, etc, en 1849, par Mrs Landras et Duchesne de Boulogne. Tous ces médecins ont fixé sur les phénomènes physiques de la paralysie générale, leur attention, et M. Baillarger en particulier a exprimé l'opinion que, dans la Paralysie générale, les phénomènes physiques étaient le fait principal, et le trouble mental le fait secondaire.
Enfin, il s'est produit une 4me opinion soutenue par plusieurs médecins des hopitaux de Paris. Ils ont admis que la paralysie générale progressive pouvait exister sans délire, c'est à dire que les faits de paralysie générale pouvaient se rencontrer dans les hopitaux ordinaires sans délire et suivaient pourtant la même marche que dans les asiles d'aliénés.
Les uns admettent donc que la paralysie n'est qu'un symptôme, une complication pouvant se produire chez tous les aliénés. Pour d'autres, au contraire, c'est une maladie du cerveau, sui generis, spéciale au point de vue des symptômes

et de la marche, une maladie demandant une place à part : c'est l'opinion dominante.
Deux opinions encore. Il y en a qui admettent que c'est une maladie où les phénomènes physiques dominent et d'autres que le trouble mental peut manquer et laisser subsister seulement les phénomènes paralytiques.
Cependant, quelles que soient ces divergences, il y a des points admis par tout le monde ; la paralysie est une maladie de la surface du cerveau. On découvre presque toujours à l'autopsie des lésions caractéristiques pouvant servir de base à une espèce morbide. Le microscope a montré qu'il existait des lésions non seulement dans le cerveau mais dans la moëlle et les méninges ; il est venu ainsi apporter son appoint à la constatation de l'espèce nosologique.
C'est à ce point de vue particulier que je me placerai. Je crois que la paralysie générale est une affection spéciale, distincte, placée entre la folie et les autres maladies cérébrales et qui a besoin d'une description particulière.
Ce qui, selon moi, a fait la confusion, c'est que cette maladie, malgré l'ensemble des phénomènes qui la constituent à l'état d'unité présente de nombreuses diversités qui font penser à beaucoup que ces faits peuvent ne pas entrer

dans la même unité. Cependant l'unité peut être constituée au milieu de ces diversités
On a contesté, nié, que la Paralysie générale fut une maladie héréditaire et l'on a dit que, dans la plupart des cas, il n'était pas possible de trouver chez les ascendants des phénomènes pouvant être considérés comme lui appartenant. C'est là une opinion trop absolue; beaucoup ont eu des ascendants atteints de la même maladie, surtout de maladies congestives du cerveau, qui se rencontrent plus souvent que la folie proprement dite si l'on compare la paralysie aux autres formes de la folie, mais l'hérédité se retrouve sous la forme congestive tandis que dans les autres variétés elle se retrouve sous la forme névropathique.
La plupart des malades manifestent des prédispositions à cette forme de maladie mentale. Quand on remonte dans le passé, on découvre que, depuis 10 ans, ils étaient dans un état d'excitation cérébrale, qu'au moment même où ils ont obtenu des succès extraordinaires dans leurs affaires, ils étaient dans sous l'empire d' excitation cérébrale ~~extraordinaire~~ évidente. On

peut ainsi remonter à des antécédents qui datent de 10, 15 ans. Les malades sont alors très actifs, très bienveillants, ont une prédisposition à voir tout en beau, à vivre à l'aventure, à être téméraires et entreprenants. Leur vie est composée d'une foule d'incidents, ils sont d'une activité extraordinaire qui les pousse à une foule d'entreprises. C'est là premier indice d'une prédisposition à la maladie.

Pour bien décrire la paralysie générale, il faut la diviser en 4 variétés principales. C'est pour avoir omis de faire cette division que l'on a manqué la description des prodromes de la maladie.

Les variétés plus spécialement paralytiques sont celles que l'on remarque dans les hopitaux, qui est considérée comme une variété sans délire. Quand on observe le malade au début, on constate une altération dans les mouvements, un tremblement léger des mains, un embarras dans la parole, un manque de précision dans les mouvements qui portent le malade à ne plus rien faire. Il n'écrit plus, cesse de toucher du piano de se livrer aux exercices qui exigent de la délicatesse de mouvement dans les doigts. C'est

dans ces actes que l'on constate d'abord le trouble du mouvement. Puis les malades trébuchent en marchant, ils ne peuvent plus boutonner leurs vêtements. Ils éprouvent de grandes difficultés pour s'habiller, pour marcher, comme cela existe dans a lieu dans les maladies de la moëlle épinière. Il y a de plus une sous-variété où les phénomènes débutent par les jambes, par des engourdissements, par des faiblesses, ce qui d'ailleurs se produit aussi dans les maladies de la moëlle épinière. C'est dans ces cas que l'on a pu découvrir des maladies de la moëlle coïncidant avec le trouble du cerveau. Il y a des paralytiques qui débutent comme les malades atteints de la moëlle. Ils ont des frémissements, des tremblements dans les jambes sans aucun trouble cérébral. On voit dans les hopitaux arriver des malades qui ont toute leur intelligence ou dont l'intelligence est à peine atteinte et qui ont une conscience exagérée de leur état, une tendance hypochondrique. Ils consultent les médecins et l'on constate chez

eux de la faiblesse intellectuelle. S'ils sont étudiés par un médecin expérimenté, il le constate alors facilement. Leurs mémoire, leurs pensées, ne roulent plus que sur certaines idées. Ce sont leurs parents, leur femme, leurs enfants, qui peuvent le mieux donner des renseignements utiles. Pour un médecin qui observe superficiellement ces phénomènes passent inaperçus, mais pour ceux qui vivent avec le malade, cet état dure quelquefois depuis des années sans qu'on l'ait considéré comme atteint de folie. Il y a des malades qui restent ainsi de 2 à 5 ans dans cette 1re période mais cet état finit toujours par aboutir à la manifestation des phénomènes ~~intellectuels~~ habituels de la maladie, à une paralysie très bornée, à des attaques congestives. Ce n'est donc pas là une maladie distincte, c'est une phase différente de la même maladie à son début.

A côté de cette variété se place la variété congestive, très fréquente qui se rapproche du ramollissement du cerveau, de toutes les maladies

organiques du cerveau, des tumeurs, des maladies variées de l'encéphale. Les malades éprouvent des maux de tête, des vertiges, de petites attaques et un embarras de parole bien plus prononcé après les attaques que pendant la congestion cérébrale ordinaire qui laisse peu de traces et permet au malade de revenir peu à peu à son état normal. La congestion des paralytiques, au contraire, entraîne à de plus graves conséquences. Ils baissent intellectuellement, leurs mouvements s'altèrent, leur mémoire se perd, ils deviennent comme les apoplectiques; ils versent des larmes, il faut les conduire comme des enfants, ils deviennent irritables. En un mot, il y a des phénomènes physiques et intellectuels plus prononcés que dans les simples congestions. C'est à la suite, ordinairement, de plusieurs congestions de ce genre qu'on voit survenir les phénomènes les plus caractéristiques de la maladie. L'embarras de la parole augmente, le trouble mental,

la difficulté de marcher, etc deviennent plus grands. On voit ainsi, en poussant l'examen, des variétés congestives voisines de congestions cérébrales se rapprocher de plus en plus des paralysies générales telles qu'on les étudie dans les asiles d'aliénés. La variété mélancolique est peu connue. Dans les ouvrages de Bayle et de Calmeil on voit que le début de cette maladie est indiqué. Les malades qui débutent par la mélancolie sont dans une grande prostration; il y a chez eux un grand affaissement moral et physique et, en même temps, il se manifeste quelques conceptions délirantes. Ils se croient ruinés, perdus, accusés de crimes imaginaires. Cette 1re période a été signalée par M. Baillarger qui l'a appelée la mélancolique ~~ancienne~~ congestive. A cette 1re période, il est possible de déterminer la paralysie, de dire s'il y aura paralysie générale; cependant on peut s'y tromper, et l'on ne doit se prononcer qu'après avoir acquis une certitude. Quand on

voit un homme actif qui réussissait très bien dans ses affaires, tout-à-coup sous l'influence d'une congestion, de vertiges, tomber dans un état de prostation profonde, au lieu d'une maladie mentale ordinaire, on peut s'attendre à une paralysie générale. Cette 1re période dure de 3 à 4 mois; le malade revient ensuite à son ancien état et même à un sentiment de bien être qui contraste singulièrement avec l'état qu'il vient de quitter. Il trouve qu'il ne s'est jamais si bien porté. L'excitation succède alors à la période mélancolique et là on voit le malade arriver rapidement à l'excitation des paralytiques ordinaires. Ces transformations peuvent être subites, et l'on voit des malades passer en 2 ou 3 jours, même dans une nuit de l'état mélancolique à la paralysie. C'est la 4me forme du début de la maladie. Dans la plupart des cas en effet, les paralytiques ont passé par l'une de ces 3 périodes congestives, apoplectiqu

et mélancolique.

La 4me variété arrive aussi d'emblée, c'est la plus connue. Les malades étaient prédisposés à une grande activité intellectuelle et physique, ont entrepris de grandes affaires mais dans les limites normales, il est difficile d'apercevoir à quel moment cette surexcitation devient maladive; cependant il y a des phénomènes caractéristiques; ils commencent à ne plus dormir, se livrent à des excès de femmes, de boissons, ils ne sont plus eux-mêmes, ils commencent à mener une vie vagabonde, irrégulière, font des voyages etc. C'est une activité fébrile, il y a des modifications de caractère flagrantes. Il deviennent tellement bizarres que tout le monde s'aperçoit de la transformation de leur caractère. Leur femme, leurs enfants, souffrent beaucoup de leur état. La colère augmente, ils sont même disposés à se livrer à des voies de fait, ils éprouvent le besoin de vagabonder, de se promener dans un désordre particulier. Il y a en un mot, des actes désordonnés qui indiquent d'une manière manifeste l'expl.

tion de la maladie. Dans d'autres cas moins manifestes, ils accomplissent des actes qui les conduisent devant les tribunaux, par Ex des actes de faux en écriture privée. Quand il s'agit de malades avocats, notaires, médecins on a beaucoup de peine à démontrer aux tribunaux que ces actes criminels sont le produits d'un état mental et ne méritent pas de condamnation. Il y a aussi souvent des vols mais d'un caractère particulier; au lieu d'être combinés, ce sont des vols insignifiants, d'objets par douzaine, faits sans précaution, à la devanture d'une boutique par Ex. C'est dans cet état qu'on arrête les paralytiques. On les conduit devant les tribunaux et on les prend souvent pour des criminels. Les Paralytiques sont encore arrêtés souvent pour n'avoir pas voulu payer une consommation au café, au restaurant. Sans cet acte public, beaucoup de para-

lytiques ne seraient pas arrêtés car dans bien des circonstances on garde encore dans les familles des malades qui sont déjà à cette 1re période expansive de la maladie. Fait remarquable; ils ne commencent pas par avoir des conceptions délirantes exagérées, mais l'on remarque chez eux un délire d'actions et d'idées. Ils deviennent contraires à ce qu'ils étaient mais l'intelligence se conserve. Ils sont optimistes et se croient très forts, ont une vivacité exubérante, se croient de grands chanteurs, de grands musiciens, ils croient avoir acquis des facultés nouvelles. Ces faits qui sont délirants restent pourtant dans des limites compatibles avec la raison, comme les choses qu'ils affirment sont compatibles avec leur situation sociale ou leurs dispositions. Il n'y a pas encore d'énormités suffisantes pour caractériser le délire, mais le plus souvent ils ont une vanité exubérante, presque toujours

le malade franchit la limite qui sépare la santé de la maladie. Les malades montent en quelque sorte en grade ; ils franchissent tous les échelons de la hierarchie, de la grandeur. C'est à cette période de transformation où l'excitation cérébrale devient délirante que ces malades sont enfermés ; la vie de famille ne serait plus possible pour eux, une fois cette période survenue, la marche de la maladie est très rapide, en peu de jours ou de semaines, les malades arrivent à un délire des plus violents

Donc, il existe 4 variétés de phenomènes congestifs, intellectuels et moraux, très différents les uns des autres, par lesquelles peut passer le malade avant d'arriver complètement à la paralysie générale caractérisée. Mais ces phenomènes convergent tous vers le même mode de terminaison et, à leur entrée dans les asiles, les malades présentent alors des phenomènes com-

muns, comme des rivières, des ruisseaux, dont le cours ne se ressemble pas, constituent une fois qu'ils ont abouti au fleuve, une vaste unité.

C'est à ce moment qu'il faut prendre le malade pour décrire la 1re période de la paralysie générale.

On a d'abord, dans l'étude de cette maladie, procédé à reculons, on a débuté par l'autopsie et l'on a découvert des lésions cadavériques qu'on a rattachées aux phénomènes des dernières périodes de la maladie. Le plus souvent la maladie est étudiée dans les hopitaux, dans le monde, à une époque où l'on n'a encore pu penser à la faire observer par un aliéniste.

La 1re période des auteurs correspond donc au moment où le malade entre dans l'asile. On remarque un très grand embarras dans la parole, un très grand affaiblissement intellectuel et un grand nombre de malades arrivent à cet état d'affaiblissement sans excitation. Dans la plupart des cas, les paralytiques sont très excités. Ce sont les plus désordonnés des aliénés ; ils abordent tout le monde pour raconter les idées qui les préoccupent et ils le sont souvent par des idées de grandeur. On a cru que ces idées

On a cru que ces idées étaient un fait caractéristique il y a cependant différentes formes où elles ne jouent aucun rôle. Quoi qu'il en soit, il y a des caractères communs qui s'appliquent à tous les paralytiques. Les conceptions délirantes sont multiples, absurdes, mobiles et contradictoires. Voilà les 4 caractères qui permettent de distinguer les paralytiques du délire partiel. Dans celui-ci, le délire tend à une concentration autour d'idées-mères qui servent de centre à cette concentration. Le malade est dominé par des idées déterminées et cherche à les rendre plausibles. Le paralytique accepte tout ce qui se présente, il admet qu'il est empereur, roi, pape, qu'il est devenu musicien, poète, spontanément. On voit des malades d'une profession infime qui se trouvent transformés en souverains sans être étonnés de cette transformation; ils racontent parallèlement leur vie réelle et leur vie imaginaire; ils vous disent qu'ils sont tailleurs et qu'ils ont des palais. Ils croient à la fois être homme et femme, pape et empereur; en un mot, ils ont des conceptions contradictoires

Les caractères de la maladie sont très importants à examiner, ils servent au pronostic car, quand on constate ces faits, on peut affirmer qu'on a affaire à un paralytique. Il ne suffit pas de dire que tel aliéné se croit empereur pour que cet aliéné soit atteint de paralysie générale mais il faut qu'il y ait, en outre, une foule de conceptions sans bases, mobiles, qui se contredisent. Il n'y a pas de doute alors; c'est dans les caractères généraux que résident les caractères distinctifs de cette forme de maladie mentale.

D'autres fois les malades sont plus calmes. Ils ont un véritable sentiment de bien être, sont enchantés d'eux-mêmes et voient tout en beau, mais ne se croient pas empereurs ni papes. Mais souvent aussi l'excitation arrive ensuite et alors le malade crie, chante, et rien n'est plus difficile que de le contenir. Les excitations sont quelquefois de longue durée; on voit des malades qui, pendant 6 mois, ne cessent d'être en mouvements. Ils sont plus agités, plus convulsifs que les ~~autres~~ aliénés ordinaires.

A cette période, on constate quelques phé-

nomènes particuliers. L'embarras de la parole est d'abord, fait partiel, très léger et difficile à saisir. C'est plutôt une suspension momentanée de la parole qu'une véritable paralysie. Les malades ont des tremblements aux lèvres ou à la langue. Il faut une grande habitude pour apprécier ces symptômes. Le malade s'arrête au milieu d'un mot et il faut qu'il fasse un effort pour lancer les dernières syllabes. C'est ainsi qu'on peut constater l'embarras qui existe dans la parole à la 1re période; plus tard, il devient plus distinct. On remarque encore, à la 1re période, d'autres phénomènes physiques dont les uns disparaissent et les autres deviennent constants plus tard, des maux de tête, des vertiges, l'incontinence d'urine. On voit des malades qui en marchant, au lit, perdent connaissance un instant. Cela peut servir pour caractériser la maladie. L'insomnie existe. Les malades restent immobiles, sans sommeil, souvent pendant plusieurs mois. Un autre fait important, c'est la marche ultérieure de la maladie. Les premiers auteurs avaient

admis qu'elle avait une marche régulière vers la mort, on la regardait comme régulièrement progressive, c'était l'opinion d'Esquirol. Aujourd'hui l'observation a prouvé le contraire. Dans beaucoup de circonstances, il peut y avoir une suspension très prolongée. Après plusieurs mois d'excitation maniaque avec idées de grandeur, congestions, incontinence, faiblesse des membres inférieurs, affaiblissement général, le malade peut arriver à un état qui peut paraître satisfaisant. On voit alors des malades condamnés qui arrivent à un état de guérison apparente. Ils arrivent à avoir connaissance de leur état antérieur, ils cessent d'avoir de l'embarras dans la parole, l'incontinence d'urine disparaît et il revient à un état presque normal. Ce sont les faits qui ont attiré l'attention de M Baillarger et lui ont fait admettre que la Paralysie pouvait être composée de deux états différents ; la paralysie progressive avec idées de grandeur, et des manies congestives qui peuvent disparaître. Le malade, dans ce dernier cas est, dit-il, sans doute prédisposé à la Paralysie générale mais pas d'une manière fatale - Son opinion n'est pas partagée par beaucoup de médecins mais il a rendu service en indiquant ces faits.

Que de malades condamnés à rester sequestrés, condamn
à mort dans un temps limité, peuvent rentrer
dans leur famille, se livrer à leurs occupations, s
marier, remplir tous les devoirs de la vie civile!
Il y a là cependant une question scientifique. Au
lieu de ne voir dans cet état qu'une maladie
congestive qui peut guérir, ne serait-ce pas plu
juste d'admettre cet état comme une période de
la paralysie générale? Pour admettre cette concl
tion nosologique, il suffit de trouver un terme
de comparaison dans d'autres maladies. L'ét
de la phtisie pulmonaire peut éclairer cette q
tion nosologique. La phthisie en effet est cons
dérée comme maladie incurable, marchant touj
vers la mort. Dès que certains symptômes se ma
nifestent, l'état fébrile, l'amaigrissement, l
cavernes dans les poumons. Journellement la
maladie marche vers une terminaison fatal
chronique, ou galopante. De même, dans la para
lysie suit le même cours mais, de même q
dans la phthisie, après une poussée tubercule
le malade reprend ses occupations, est presqu

guéri, de même dans la paralysie, après une manie congestive, le malade revient à ses occupations. Mais, de même qu'il y a à craindre une nouvelle poussée tuberculeuse analogue aux premières, de même dans la paralysie, il est constant qu'une nouvelle poussée congestive déterminera les mêmes accidents. La manie congestive n'est donc pas une maladie mais une des périodes de la paralysie générale, période qu'il est utile de distinguer de celles où il n'y avait de suspensions, d'arrêts dans la maladie.

16me Leçon

Samedi, 29 Janvier 1870.

Messieurs,

Je vais terminer aujourd'hui le cours que j'ai entrepris sur les maladies mentales, par la description de la 2me période de la paralysie générale. J'examinerai successivement ses causes, son anatomie pathologique, sa marche, puis je parlerai du diagnostic différentiel et du traitement.

Dans la dernière séance j'ai décrit trop rapidement parce que le temps me pressait, ~~cette~~ 1re période de la Paralysie générale. J'ai commencé par l'historique de la maladie et par l'étude de la période qui précède l'entrée des malades dans les asiles. J'ai dit que cette période pouvait être bien plus longue qu'on ne le croyait il y a 20 ans et que ne le croyaient ceux qui ont décrit cette maladie, les premiers et qui avaient

considéré cette maladie comme une simple complication de la folie chronique. Peu à peu, par de nouvelles observations plus nombreuses faites, tant dans les asiles de France que dans ceux de l'étranger, on a vu que cette maladie était bien réellement spéciale, sui generis, existant dès le début avec ses caractères propres, et aujourd'hui la plupart des aliénistes admettent, je le répète qu'elle est sui generis. Souvent elle remonte très haut dans la vie des individus. On peut trouver certains malades, en petit nombre il est vrai, qui peuvent être considérés comme prédisposés dès leur naissance. La maladie est quelquefois héréditaire et même doublement héréditaire; elle repose non seulement sur des faits de folie chez les ascendants mais sur des faits de maladies cérébrales liées avec la folie : l'apoplexie, les congestions, les ramollissements, qui figurent souvent parmi les symptômes de la paralysie. J'ai dit que la paralysie générale avait des débuts très variés, qu'elle pouvait dans

le monde, dans la famille, se manifester sous des formes tellement diverses qu'on pouvait croire à des maladies diverses ; que tantôt la paralysie générale se présentait sous la forme simple de maladie congestive analogue à celle des ramollissements du cerveau commençants ou d'apoplexie légère ; que, dans d'autres circonstances, elle se présentait avec les caractères de paralysie générale sans délire, c'est à dire que les phénomènes physiques dominent de beaucoup les phénomènes intellectuels et moraux. Cette variété a été admise par Requin, par Mrs Brière de Boismont, Duchêne de Boulogne, comme une forme spéciale nommée paralysie générale sans aliénation. On lui a donné des caractères spéciaux basés sur l'examen électrique, sur la contractilité qui est altérée tandis que, quand il y a aliénation, les muscles ont conservé leur contractilité. Une observation plus attentive a démontré qu'il s'agissait d'une variété de début pouvant se prolonger quelques années au plus ; mais, tôt ou tard, survient le délire, soit sous forme de démence, soits sous forme de délire ma-

nique avec congestion.
Il y a d'autres malades que M. Baillarger a signalés à l'observation, dans ces dernières années, qui débutent par un stade mélancolique. Il a établi que cette variété avait des caractères spéciaux, mais ceux qu'il a admis s'appliquent plutôt à la mélancolie survenant dans le cours de la paralysie générale qu'à la période prodromique où l'on constate des idées mélancoliques, des idées de ruine, de culpabilité, comme dans d'autres formes. Il est difficile de trouver des caractères scientifiques comme l'a démontré récemment un ancien élève de Charenton. Il a insisté particulièrement sur ce point et il nie d'une façon absolue la mélancolie dans la paralysie.
Quelle que soit la diversité des formes dans le début, la maladie aboutit toujours à une forme identique, à des caractères communs.
Ces caractères communs sont d'abord la démence c'est à dire l'affaiblissement des facultés intellectuelles à divers degrés. Ce caractère est tellement pathognomique qu'il se rencontre même

dans les formes dites monomaniaques, dans le délire de grandeur le plus actif, ayant la plus grande vivacité qu'on observe chez certains paralytiques, qu'on y trouve des traces de démence commençante. Le délire au lieu d'être coordonné, systématisé comme dans l'aliénation partielle ordinaire, est frappé d'une débilité radicale en ce sens qu'il est contradictoire, composé de délires multiples, sans consistances, mal coordonnés. Il y a donc des traces de démence même au milieu délire en apparence le plus actif et le plus systématisé. Cette démence est encore plus manifeste dans la période maniaque, au milieu de l'agitation incoërcible qui caractérise la paralysie générale : la mémoire, l'intelligence, sont affaiblies, toutes les facultés ont baissé de niveau, l'individu est différent de ce qu'il était avant la maladie, de sorte que dans les cas d'activité apparente la plus considérable, on trouve toujours des traces de faiblesse, de paralysie. Mais elles sont plus prononcées à mesure que la maladie marche. Seulement plusieurs variétés se présentent dans cette 2me période ; tantôt la maladie marche vers la démence simple, calme ; l'intelligence baisse de niveau à ce point que le malade reconnaît à peine ceux qui l'entourent, il a oublié les souvenirs de sa

vie passée, il peut à peine répondre aux questions qu'on lui adresse, tantôt, au contraire, la maladie prend une forme maniaque, l'agitation devient excessive plus ou moins suivant les cas particuliers car il y a des diversités de marche, même à la 2me période.

Malgré ces diversités nombreuses, on peut retrouver les caractères principaux de la maladie, soit dans l'état moral, soit dans l'état physique. Il y a même des formes mélancoliques dans lesquelles les paralytiques après avoir présenté le délire des grandeurs le plus caractérisé, ou, sans l'avoir jamais présenté, arrivent à une période où dominent les conceptions délirantes hypochondriaques ou mélancoliques; mais elles conservent alors un caractère particulier. Les malades s'imaginent qu'ils n'ont pas tête, qu'ils n'ont pas d'intestins, qu'ils ne peuvent manger parce qu'ils n'ont pas de bouche, qu'ils ont des jambes de plomb. Ces conceptions sont spécifiques, c'est à dire qu'elles peuvent servir jusqu'à un certain point, au diagnostic. Elles ne sont

pas précisément pathognomoniques, c'est à dire que certains malades non paralytiques peuvent les présenter, mais quand un malade se plaint d'avoir la tête ou les membres en plomb, une machoire de cheval, etc, vous devez vous tenir sur vos gardes et chercher s'il ne s'agit pas de paralysie générale et si d'autres symptômes ne confirment pas le diagnostic basé sur la nature des conceptions délirantes.

Il y a des mélancolies subjectives de même qu'il y a des manies congestives, c'est à dire qu'il y a certaines conceptions de nature mélancolique comme il y en a de nature bizarre qui caractérisent la forme expansive et maniaque de la paralysie générale. Avant que ces malades soient devenus gâteux, on voit souvent même dans un état de paralysie assez avancée survenir un temps d'arrêt et même une rétrogradation de la maladie. Ce fait n'était pas connu autrefois, on croyait qu'une fois la paralysie générale bien constatée il était impossible qu'elle rétrogradât, qu'elle continuait à marcher fatalement et sans interruption vers la démence et vers la mort ; l'observation a prouvé qu'il y avait des rémissions tellement intenses qu'elles ont pu être consi-

dérées comme des guérisons. Dans ce cas, le malade peut revenir dans la société et reprendre leurs occupations antérieures ; quelques uns même se sont mariés et passaient pour complètement guéris. Seulement, la question est alors de savoir si ce sont bien des guérisons radicales et durables et si l'on ne doit pas redouter et même affirmer le retour de la maladie dans un temps plus ou moins long.

En général du reste, les rémissions ne sont pas aussi complètes. Quand le malade retourne dans la société dans ces conditions, il conserve certains symptômes au physique. l'embarras de la parole subsiste, il y a faiblesse dans les membres inférieurs ou supérieurs ; l'intelligence a baissé de niveau et ceux qui l'ont connu ne le retrouvent pas tel qu'il était précédemment ; il y a une déchéance intellectuelle évidente, par conséquent, ce n'est pas la guérison. Ici se posent des questions très graves au point de vue médico-légal. Dans ces cas de rémission incomplète l'individu peut-il récupérer ses droits civils ?

et dans le cas d'action criminelle dirigée contre lui doit-on lui imposer la responsabilité complète de ses actes?

Mais soit que la paralysie générale ait une marche continue et progressive, soit qu'elle présente des rémissions prolongées simulant la guérison, elle arrive à la 2me période caractérisée à peu près par les mêmes symptômes que la précédente, mais à un degré très plus prononcé. Le malade a cessé de pouvoir marcher; il est assis sur un fauteuil, il peut à peine se livrer à certains mouvements. La paralysie n'est jamais complète mais l'embarras de la parole est prononcée; le malade est ordinairement gâteux, les symptômes physiques sont plus prononcés que dans la 1re période. La démence est également bien plus prononcée. Alors les malades sont dans un état d'agitation automatique, ils déchirent, se déshabillent, parlent sans cesse mais leur délire est incohérent; souvent les idées de grandeur et de satisfaction persistent au milieu de la démence incohérente, mais elles sont elles-mêmes bien moins coordonnées, moins liées que dans la période précédente. La démence incohérente est dès

plus caractérisées ; on voit alors survenir des attaques congestives ou convulsives. Ces attaques sont extrêmement variables chez les divers malades dans leur nombre, leur degré et leur intensité. Chez certains malades ce sont de petites attaques faibles, incomplètes, analogues aux vertiges épileptiques, aux congestions passagères de certaines affections cérébrales. Le malade perd connaissance, quelquefois même, il ne tombe pas. Dans d'autres cas, la perte de connaissance est accompagnée de mouvements convulsifs, alors le malade recommence à marcher, à se lever à ses occupations V.es comme avant l'attaque.

Quelquefois après l'attaque il reprend plus d'intelligence qu'il n'en avait auparavant. D'autrefois, l'attaque est tellement prononcée qu'elle arrive au degré de mort apparente. il est arrivé qu'on les a mis dans le suaire, mais quelquefois ils reviennent à eux, se remettent à marcher et on les retrouve le lendemain dans un état plus satisfaisant que la veille. Cela est très important à constater au point de vue clinique.

Une fois qu'il s'est produit une attaque chez un paralytique il s'en produit souvent de nouvelles, mais le malade en subit un grand nombre avant d'arriver à la dernière qui entraîne la mort. Certains malades en ont très peu ; on ne connaît pas jusqu'à présent les lois de la fréquence ou de l'intensité des attaques.

Plus tard, la maladie marche avec une extrême lenteur, mais il y a une marche régulière, continue. Alors le malade arrive à la 3me période. Il garde le lit, il ne peut plus se soutenir, il est couché le corps incliné d'un côté ; il y a souvent une hémiplégie incomplète, il est gâteux jour et nuit, souvent des escarres se produisent au siège, au sacrum, dans les diverses parties du corps qui appuient sur le lit et c'est une des formes de la mort qui survient dans cette maladie.

Ainsi, d'une manière très générale et très rapide, la paralysie générale envisagée dans son ensemble est une maladie chronique, continue si l'on ne tient pas compte des variétés de marche qui existent dans le cours si long

de la maladie. A l'envisager depuis son début jusqu'à sa terminaison, elle marche continuellement vers la démence et vers la mort; mais la marche n'est pas régulière, elle a des paroxysmes pendant lesquels le malade est très agité incoercible; d'autrefois il y a des remissions et le malade rentre dans la société. Cette forme de paralysie générale mériterait d'être plus connue surtout au point de vue-légal. Ne pouvant entrer dans les détails j'ai dû me borner à cette ébauche sur la marche de la paralysie générale. J'arrive à l'étude des causes. Cette forme est moins héréditaire que la plupart des autres; il n'y a ni maladie nerveuse, ni maladie mentale ou cérébrales qui puissent rendre compte de la production de la paralysie générale. Les causes sont plutôt occasionnelles et individuelles qu'héréditaires. Cependant, pour un certain nombre de malades, on constate de l'hérédité mais elle est de nature double c'est à dire qu'elle porte plutôt sur des maladie

nerveuses ou cérébrales que sur des maladies mentales proprement dites. En général, parmi les ascendants, on trouve des apoplectiques, des individus morts d'affections cérébrales diverses, plutôt que des fous proprements dits. D'un autre côté, l'hérédité est plutôt descendante qu'ascendante pour la paralysie générale. Cette maladie semble se produire sous nos yeux; nous assistons à sa génération comme quelquefois nous assistons à celle de la phthisie pulmonaire. Nous voyons certaines phthisies se produire sans antécédents, sans ascendants, nous voyons ensuite les fils devenir phthisiques à leur tour. Cela se produit également dans la paralysie générale; quand un individu est paralytique il y a chance que ces enfants le deviennent.
L'âge est une circonstance très importante à noter dans l'étiologie de la paralysie générale. On croyait autrefois qu'on ne la rencontrait pas avant 30 ans mais on a observé un certain nombre de cas au dessous de cet âge. A partir de 30 jusqu'à 45 ans, ils deviennent communs; après 45 ans ils commencent à devenir plus

rares, mais on en rencontre jusqu'à 60 ans. Un grand nombre de ceux qu'on avait cru reconnaît comme tels n'en étaient pas, c'étaient des affections cérébrales qu'on avait confondues avec cette maladie. Elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Cette différence a frappé tous les observateurs. Dans certains pays on cherchait vainement des Ex chez les femmes dans les classes supérieures de la société; le contraire a lieu pour les asiles publics des grandes villes où l'on trouve des Ex fréquents de paralysie chez les femmes, mais ils sont toujours cependant bien moins nombreux que chez les hommes. On a cherché si le climat, la nationalité, les conditions sociales pouvaient influer sur la paralysie générale. Les données de la statistique sont insuffisantes à cet égard, mais ce qui est démontré c'est que cette maladie appartient surtout aux grandes villes et qu'elle existe rarement dans les campagnes. Tous les asiles qui se recrutent parmi les populations des campagnes n'ont

que de rares ex. de cette maladie, même chez les hommes et, quand on en rencontre ces cas viennent des villes. Ainsi, je citerai l'asile de Leyme dans un asile agricole où l'on n'a pas constaté dans un an, plus de 3 ou 4 aliénés paralytiques, et encore, ils venaient tous de Périgueux. On observe à Paris, à Londres, à Berlin, à Vienne, des cas nombreux de paralysie générale et le nombre va croissant avec l'importance des villes. Ainsi, nous avons quelques données relativement à l'âge, au sexe, aux conditions dans lesquelles la maladie se produit.

Nous savons encore quelques autres. Ces causes reviennent surtout d'excès de dépense nerveuse. Que cette dépense ait lieu par un travail intellectuel excessif, par une excitation cérébrale énorme due à des travaux scientifiques, industriels ou autres, à des veilles prolongées, ou bien qu'elle soit due à des excès alcooliques ou vénériens. Quelle que soit la cause de la dépense nerveuse, cette dépense est le fait capital dans l'étiologie de la

paralysie générale. Vie active, aventureuse, composée d'excès de tous genres, dépense de forces multip dans toutes les directions possibles, voilà la véritable étiologie de la paralysie générale. C'est dans ces conditions particulières de suractivité physique et intellectuelle qui se trouvent surtout dans les grandes villes que naît la paralysie générale sans que l'hérédité semble jouer aucun rôle dans sa production. Voilà qui est important à noter dans l'état de nos connaissances sur l'étiologie

Lorsqu'on rencontre la paralysie chez les femmes, c sont des femmes publiques, des filles entretenu vivant dans des conditions particulières rentrant dans celles que je viens d'indiquer. Ainsi c'est dans les conditions d'une vie misérable, aventureuse, d'une existence anormale, que se produit la maladie; c'est pour cela que dans les petites villes, à la campagne, là où la vie est calme, régulière, depuis la naissance jusqu'à la mort, la maladie n'existe pas

M Baillarger qui a étudié, d'une façon spéciale, l'étiologie de la maladie, a insisté sur la congestion comme cause. Il a admis que la maladie étant congestive, se produisait dans les conditions où les maladies cérébrales congestives se manifestaient. La suppression d'hémorroïdes ou des règles, qu'elles se produisent dans des professions qui déterminent ordinairement les congestions comme celles de chauffeurs, de cuisiniers, celles des personnes qui sont rapprochées d'un foyer ardent. Ces circonstances étiologiques doivent sans doute être prises en considération, elles ont peut être été exagérées par M. Baillarger qui a voulu y voir une cause unique ou du moins prédominante de la maladie.

Après ces considérations sur l'étiologie, je vais parler de l'anatomie pathologique, c'est là le point principal. C'est par cette étude qu'a commencé l'observation. C'est à Charenton que MM Bayle, Calmeil et Delaye ont étudié les cerveaux des paralytiques et ils y ont reconnu des lésions très caractéristiques qui ont été, depuis, également constatées par tous les

les observateurs. Ces lésions peuvent se résumer dans les termes généraux suivants : Inflammation ou congestion de la surface du cerveau et de ses membranes. Lorsqu'on ouvre le crâne d'un paralytique on découvre presque toujours ces phénomènes caractéristiques: les lésions des méninges ou de la surface du cerveau, l'arachnoïde est épaissie, opaque pleine de sérosités, la piemère est congestionnée au plus haut degré, variqueuse, elle présente un épaississement considérable, des adhérences avec la substance corticale; la piemère et l'arachnoïde sont évidemment malades, congestionnées, œdématiées au plus haut degré. C'est surtout dans la substance grise superficielle qu'on trouve les lésions constatées par Parchappe. Il y a dans ces circonstances un tel ramollissement que la partie superficielle de la substance grise s'enlève avec les méninges, quand on tire sur elles avec le scalpel ou avec une pince à dissection on enlève avec la piemère une partie plus ou moins étendue de substance grise On admet donc que le ramollissement existe surtout dans les couches moyennes de la par

-tié centrale puisque la partie superficielle s'enlève avec la pie-mère en restant adhérente à la substance blanche.

On constate aussi des ulcérations, des décortications analogues à celles de l'écorce du platane qui s'enlève par places. Les portions ulcérées existent surtout dans la partie antérieure du lobe antérieur des hémisphères et sur la partie médiane au niveau de la scissure centrale.

Ces faits sont plus ou moins fréquents selon la période de la maladie à laquelle l'autopsie est faite. Dans tous les cas, ces lésions des méninges sont des lésions caractéristiques quoiqu'elles puissent exister dans d'autres conditions, par Ex, chez les vieillards, chez les alcooliques chroniques ou chez les déments séniles.

Un autre phénomène a été étudié par M Baillarger ; c'est l'induration de la substance blanche. M. Baillarger a prouvé que, quand on se donne la peine d'enlever, soit par le lavage, soit par le raclage, la partie superficielle sur le lobe antérieur la substance blanche indurée reste à l'état de houppes analogues à des crêtes qui résistent ~~tout~~ au lavage et au raclage et indiquent

un état d'induration profonde, différente de ce qui
existe dans le cerveau à l'état normal.
Quand on pénètre plus profondément dans le cer-
veau on découvre rarement des lésions plus im-
portantes. On ne trouve en effet ni foyer hémor-
ragique, ni ramollissement, mais il y a ordinaire-
ment dans les ventricules, beaucoup de sérosité
et de granulations légères des membranes qui
tapissent les ventricules. Indépendamment de
ces faits qui sont surtout observés chez les pa-
ralytiques avancés, on trouve un épanchement
de sérosité considérable, soit dans la cavité de
l'arachnoïde, soit dans les ventricules.
Ainsi, même par l'observation directe, anatomie
ordinaire, on peut constater dans la paralysie
générale, des lésions évidentes et incontestables
mais le microscope a complété la constata-
tion des lésions
Mrs Simon Bigges et Meckede ont constaté, en
Allemagne, dans ces circonstances, des alté-
rations évidentes du tissu conjonctif. M Magnan
médecin à Ste Anne et M Wesphal, profes[seur]
de clinique à Berlin, ont démontré l'exis-
tence de phénomènes analogues. Ils sont

partis de l'étude de la moëlle, prenant pour point de départ une variété de la paralysie générale dans laquelle la maladie semble commencer par la moëlle. Chez ces paralytiques, on découvre ordinairement des lésions des faisceaux postérieurs de la moëlle, lésions très prononcées dans la région dorsale qui diminuent d'intensité jusque dans la région cervicale. Ces lésions résident surtout dans le tissu conjonctif médullaire dont les parois acquièrent un développement exagéré et compriment les tubes nerveux qui s'altèrent dans leur nutrition et finissent par s'atrophier. Cette lésion très évidente constatée dans la moëlle, on la retrouve dans le cerveau des paralytiques. On a constaté en effet que, tantôt le travail pouvait commencer par la moëlle et marcher vers le cerveau, tantôt au contraire commencer par le cerveau et marcher vers la moëlle. Des observations anatomiques nombreuses ont été faites par M.rs Magnan, Bouchereau et Westphal qui ont démontré cela. Le microscope est donc venu en aide à l'examen direct pour prouver que, dans la paralysie générale, il y avait des lésions anatomiques incontestables, en rapport

avec la maladie et permettant d'établir la paralysie générale à l'état de maladie distincte et spéciale. Ces lésions se rapprochent infiniment de celles constatées dans le foie pour la cirrhose et dans les reins pour la maladie de Brigt. C'est le même procédé pathologique; ce sont les capillaires qui s'épaississent, qui deviennent le siège d'une prolifération et compriment l'élément principal de la glande ou de l'organe. La substance nerveuse du cerveau ou de la moëlle se trouve comprimée par les capillaires ou par le tissu conjonctif et arrive à s'atrophier. Aussi, dans l'autopsie des paralytiques avancés il n'y a presque plus de substance grise; elle des circonvolutions diminue d'épaisseur au point de disparaître presque complètement. Il y a un travail successif de resorption de la substance nerveuse et de disparition des tubes nerveux qui peuvent arriver à la transformation graisseuse la plus complète comme dans la cirrhose et la maladie de Bright.

C'est peut être la seule des formes de la folie dans laquelle les lésions anatomiques peuvent

être démontrées et constatées. Sans doute, dans toutes les espèces de folies il y a des lésions mais non des lésions constantes ~~mais~~ qu'on peut se rattacher à telle forme de maladie mentale, tandis que dans la paralysie générale, ce travail a été fait de manière à ce que les lésions qui s'y rattachent ne puissent être contestées

Il me resterait à parler du diagnostic différentiel. Ce sujet serait très vaste, il faudrait comparer la paralysie générale à la plupart des maladies cérébrales médullaires ou nerveuses connues mais je puis me borner à quelques généralités qui indiquent les principes sur lesquels doit reposer le diagnostic.

Pour distinguer la paralysie générale de toutes les maladies du cerveau, il faut d'abord poser quelques points de repère principaux. Le 1er réside dans l'étude de la paralysie elle-même. Le phénomène paralysie a des caractères spéciaux différents de ceux que l'on constate dans les autres maladies cérébrales. La paralysie a pour caractère d'abord d'être progressive en intensité dans toutes les parties du corps, mais non de bas en haut comme dans les maladies de la moëlle où l'on est paralysé des membres

inférieurs et la paralysie marche vers la tête. Dans la paralysie générale au contraire tous les organes sont pris en même temps à divers degrés et la Paralysie augmente jusqu'à la mort, sans jamais être complète.

Le 2me caractère c'est que la Paralysie générale est progressive, mais reste toujours incomplète : elle arrive à un degré plus intense, sans jamais être complète ou latérale, il y a bien hémiplégie, c'est à dire un côté plus paralysé que l'autre, mais ce n'est jamais complet, tandis que le malade qui a une hémiplégie à la suite d'une attaque congestive ou convulsive, revient bientôt à l'état ordinaire ; l'hémiplégie quand elle existe est toujours incomplète.

3me caractère : l'embarras de la parole est le fait dominant et cet embarras est lui-même tout à fait spécial ; il ne ressemble en rien à celui des autres affections cérébrales ; ce n'est pas un embarras porté au point que la parole devienne impossible, c'est un simple effort dans la manière de lancer les syllabes, une hésitation particulière ; ce n'est pas la suppression de la

parole, comme dans les affections cérébrales ordinaires.
4me caractère principal : il s'agit plutôt d'un défaut de coordination de mouvements que d'une véritable paralysie. Les malades tremblent, ils ont de l'incertitude dans les mouvements des bras et des jambes, sans faiblesse générale ; mais ils peuvent, dans l'état le plus intense, lutter avec énergie contre plusieurs personnes. Ils ne sont paralytiques que de nom, ils sont plutôt voisins des choréiques ou des malades atteints de tremblements que de ceux atteints de paralysie générale.

Si vous tenez compte de ces divers caractères, vous avez déjà les premiers éléments d'un diagnostic différentiel qui est très essentiel.

5me caractère : Il y a absence de lésion des sens qui sont la plupart du temps intacts jusqu'à la mort ; la vision, l'audition se conservent sans altération.

6me Caractère - Je conserve les phénomènes subjectifs - Dans la plupart des affections cérébrales nerveuses, congestives, il y a des fourmillements, des crampes, des contractures, des spasmes, en un mot, des phénomènes variés du système nerveux. Ces phénomènes, dans la plupart des cas, n'accompagnent pas la paralysie générale. On a bien constaté des cas d'anesthésie au

débuts, d'autres fois des fourmillements comme dans les maladies de la moëlle, mais c'est rare et exceptionnel; les paralytiques ne présentent pas les phénomènes qu'on rencontre dans l'apoplexie et dans les maladies du même genre.

Quant aux phénomènes intellectuels, ce qui constitue la paralysie générale, c'est l'état de démence à tous les degrés. Quand vous voyez une faiblesse de mémoire, la limitation des idées, l'abaissement des facultés en général vous devez soupçonner la paralysie générale. Qu'il s'agisse de déments, de maniaques, de monomaniaques ou de mélancoliques, dès lors qu'il y a faiblesse intellectuelle, vous devez soupçonner la paralysie générale.

Il faut pousser plus loin le diagnostic. L'apoplexie, l'émorrhagie cérébrale ne peut être confondues avec la paralysie générale. Il y a d'abord une hémiplégie très prononcée, complète qui va diminuant, à partir de l'attaque : Elle va en diminuant très lentement, car il faut plusieurs mois, pour que le malade revienne à pouvoir se servir de ses jambes, puis de ses bras, en dernier lieu seulement, revient la parole. Rien de cela ne se rencontre dans la paralysie

générale.
De même, pour les ramollissements cérébraux, il y a des céphalalgies intenses, des vomissements fréquents, des troubles des sens, de la paralysie latérale, des phénomènes consécutifs rapprochés et déterminant des phénomènes congestifs, tandis que la raideur dans les membres, quand elle existe, dans la paralysie générale est passagère; elle peut disparaître au bout de quelques heures ou de quelques jours après l'attaque. Donc, même dans les cas les plus difficiles, nous avons des moyens de diagnostic
De même pour les tumeurs dans le cerveau accompagnées de céphalalgies intenses dont la marche est lente qui peuvent durer 8 et 10 ans, tandis que la paralysie a une marche plus rapide et elle ne s'accompagne de troubles intellectuels que dans la dernière période.
Pour les maladies de la moëlle, la confusion est encore plus difficile, il se produit une paralysie prononcée qui débute par les membres inférieurs elle est ascendante dans sa marche, et ne s'accompagne de troubles intellectuels et d'embarras de paroles, que dans les dernières périodes de la maladie.

De même pour la paralysie due à l'action du mercure, du plomb et de divers agents toxiques. Les cas qui présentent le plus de difficultés sont ceux d'alcoolisme, ceux où il y a du délire, des phénomènes musculaires prononcés, du tremblement, de l'embarras dans la parole, mais la distinction de l'alcoolisme aigu ou chronique peut permettre d'établir facilement le diagnostic. Le délire est totalement différent. Le délire de l'alcoolisme a pour caractère dominant les terreurs, les perceptions subjectives de la vue qui n'existent presque jamais dans la paralysie générale; d'un autre côté, il y a seulement paralysie dans l'extrémité des membres et le tremblement est bien plus prononcé que dans la paralysie générale; il est de la totalité d l'individu; la tête elle-même est quelquefois agitée, ce qui se présente ~~nt~~ rarement dans la paralysie générale. Ainsi, en étudiant parallèlement l'alcoolisme et la paralysie générale, on arrive à les différencier l'une de l'autre. Cependant, il y a quelques cas dif

ficiles ; c'est lorsque l'alcoolisme chronique s'accompagne de phénomènes paralytiques analogues à ceux des aliénés ou du délire de grandeur ; ce sont des cas mixtes dans lesquels il est difficile de faire la part de l'élément alcoolique et de ce qui est lésion cérébrale.

Le pronostic est toujours excessivement grave, malgré quelques cas rares de guérison qui ont été cités et qui ne sont réellement que des rémissions; la paralysie générale est une maladie incurable mortelle. Il n'y a pas un seul fait de guérison authentique. On connait des faits dans lesquels la maladie a suspendu sa marche pendant quelques années, mais lorsqu'on suit les malades jusqu'à la fin de la maladie, on reconnait des attaques congestives ou convulsives, et la maladie marche rapidement vers la mort. Cependant il ne faut pas se hâter d'affirmer la mort dans un temps rapproché. On a cru que les paralytiques ne vivaient que 6 mois, puis on dit un an, puis 2 et 3. On sait aujourd'hui que cette maladie peut durer 7 ou 8 ans et quelquefois davan-

tage. Si l'on comprend les prodrômes, la maladie est bien plus longue dans ses évolutions que ne le croyaient les premiers observateurs. MM. Foville, Calmeil, Parchappe, ont admis que la maladie pouvait durer 3 mois, 6 mois un an; cela arrive quelquefois mais ce n'est pas constant. La marche peut être lente, il y a quelquefois des rémissions prolongées; il ne faut donc pas affirmer la mort rapide parce que quand le malade revient dans sa famille le médecin semble s'être trompé. Il faut prévoir ces cas, et ne pas être trop affirmatif dans son pronostic.

Après le pronostic fatal que j'ai posé, j'ai peu de chose à dire du traitement. Cependant beaucoup de moyens ont été employés d'abord les antiphlogistiques. A l'époque de Broussais où ce traitement était en honneur, on combattait la maladie comme les autres affections cérébrales par les saignées, les sangsues et les ventouses; il est reconnu aujourd'hui que ces moyens

hâtent plutôt la marche de la maladie qu'ils ne favorisent l'amélioration. Ils donnent p. même résultat ordinaire de faire passer plus rapidement le malade à la démence et à un état d'affaiblissement qui peut être mortel. Ils ont pour conséquence de provoquer des épanchements plus abondants dans le cerveau, dans le ventricule et dans la cavité de l'arachnoïde.

Il faut donc éviter ces moyens et se borner aux déviations sanguines par des applications de sangsues à l'anus ou aux ventouses extérieur mais il ne faut pas employer les saignées générales.

On a employé les vésicatoires, les sétons, les moxas, enfin les moyens les plus énergiques, mais ils n'ont presque jamais donné de bons résultats. Cependant on a pu quelquefois enrayer la marche de la maladie.

Il y a 20 ans mon père avait employé le cautère actuel à la nuque ; il avait quelquefois suspendu ainsi momentanément la marche de la maladie et était arrivé à des états de rémissions remarquables. Dans

d'autres circonstances, on a employé avec avan-
tage la digitale surtout en Allemagne et
en Angleterre, et l'on a ~~ruchetté~~ ralenti le tra-
vail phlegmoneux congestif des méninges et
diminué l'intensité des symptômes ; on a
pu obtenir une amélioration passagère, mais
ordinairement elle est peu durable. La digitale
est un des moyens les moins infidèles à em-
ployer. On a encore employé l'iodure de po-
tassium ou le bromure de potassium qui
est aujourd'hui en honneur dans l'apoplexie
pour calmer l'intensité des symptomes ; on
a même employé les narcotiques et l'opium
même à doses toxiques, en Angleterre et
en Allemagne, avec quelque apparence de
succès, mais dans la plupart des cas, ces
moyens sont presque sans utilité. Nous ne
connaissons pas de spécifique utile à em-
ployer seulement nous devons combattre
les symptômes qui méritent d'être combattus.
On a employé la strychnine pour diminuer
les incontinences d'urine ou de matières

on a employé contre les attaques congestives ou convulsives

divers révulsifs qui ont leur utilité ; il s'agit là de

combattre plutot certains symptômes que de chercher à

lutter contre la maladie.

C'est à l'hygiène qu'il faut recourir dans la plupart des cas pour ralentir la marche fatale de la maladie, pour chercher à lutter contre les complications. Il y en a de facheuses et, en particulier, les escharres qui sont très fréquentes par suite du decubitus dorsal et de l'état général de lésion de la nutrition à une période avancée de la maladie. Les malades paralytiques qui ont commencé par prendre de l'embonpoint, arrivent à la longue à un état de marasme, avec amaigrissement, troubles dans la nutrition qui favorisent évidemment la production des escharres. dûs non seulement au décubitus mais à l'altération des fonctions de nutrition

Je dois cependant dire en passant que M. Baillarger a fait une observation assez juste. C'est que, dans certaines paralysies, quand il se produisait un grand nombre de furoncles avec une supuration abondante, avec

escharres violents profonds, souvent les rémissions ont coïncidé avec ces phénomènes physiques; la plupart des cas de guérison qu'on a cités ont été accompagnés de ces circonstances : érosion suppuration et gangrène. A la suite de ces phénomènes la maladie s'enraye, rétrograde et semble arriver à la guérison mais cependant en général voici comment meurent la plupart des paralytiques : Les uns succombent par suite de pneumonies incidentes, de diarrhées ou d'entérite chronique; d'autres, et c'est le plus grand nombre, succombent à l'état de marasme avec escharres et suppuration abondante. Dans ce cas, le rôle du médecin est extrêmement pénible ; il est très difficile d'arriver à guérir ces escharres et même d'en diminuer l'intensité. Heureusement ces malades sont dans un état d'anesthésie ou de diminution de la sensibilité qui leur permet de mourir dans des conditions de béatitude incompatible sans cela avec cet état si déplorable

de leur santé physique
J'ai terminé le cours de cette année sur les maladies mentales, j'ai parcouru complètement, vous le voyez, le cercle que je m'étais tracé. J'ai cherché à vous donner, sous une forme rapide, une idée des symptômes généraux de l'état des sentiments, des impulsions de l'âme, des hallucinations, des symptômes physiques, de l'altération des fonctions organiques dans la folie considérée en général. Après ces généralités indispensables dans l'état de la science, j'ai abordé la pathologie spéciale, et, après quelques généralités sur la classification, j'ai décrit les formes admises dans la nosologie des maladies mentales = d'une part l'aliénation générale ou maladie avec excitation et ses diverses variétés; d'autre part, l'aliénation partielle sous la forme mélancolique et la forme expansive; enfin les formes chroniques, la démence et

la paralysie générale. J'ai pu, dans un petit nombre de leçons, grouper les principales form admises. Je regrette de n'avoir pas le temps de compléter mon cadre, en parlant de la path logie, de l'anatomie pathologique, de l'étio logie, du traitement physique ou moral; mais cela m'entraînerait trop loin. Je bo donc mon cours à ces généralités et à c description des formes diverses des mal dies mentales.

